

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°
595

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Georges BERGER

Né le 26 Mai 1910, à MOHON (Ardennes)

POST-HYPOPHYSE
ET DÉLIVRANCE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Georges BERGER

Né le 26 Mai 1910, à MOHON (Ardennes)

POST-HYPOPHYSE
ET DÉLIVRANCE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoulLEt
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANCON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Assistance médico-sociale	LAUBRY.
	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES ..
BENARD Henri.	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD Et. .	Pathologie médicale.	DE GENNES ...
BESANCON (J.)	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.	LACOMME
FUNCK-		LANTUEJOUL ..
BRENTANO ...	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.
FEY	Urologie.	LAVIER
GAILLARD	Parasitologie.	LELONG
GASTINEL	Bactériologie.	
		Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-.....	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophtalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-.....	
BERT	Physiologie.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.	
AUBERTIN		
FRULE		
CHABROL		
DONZELOT ...		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR		
VALLERY-.....		
RADOT		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER ...		
MOURE		
QUENU		
VELTER		
ECALLE	} Clinique obstétricale	
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE ET A MA MERE

De condition modeste, ils ont dû s'imposer de lourds sacrifices pour me permettre de mener à bien mes études; qu'ils reçoivent le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage très respectueux.

A MON MAÎTRE LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

Qui m'a proposé ce sujet et prodigué
ses conseils éclairés. Je garderai de
mon passage auprès de lui pour mes
études de clinique obstétricale un
souvenir inoubliable.

Qu'il reçoive ici l'expression de ma
plus vive reconnaissance.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HÔPITAL DE REIMS

Qui ont guidé mes premiers pas
dans la médecine.

A MES MAITRES DES HÔPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEIS ET AMICIS

POST-HYPOPHYSE ET DÉLIVRANCE

HISTORIQUE

L'introduction de l'extrait post-hypophysaire dans la thérapeutique obstétricale, vers l'année 1909, enthousiasma les accoucheurs du monde entier, tout comme l'avait fait l'ergot de seigle ; puis les divisa en les engageant dans une polémique qui n'est pas terminée.

Devant l'inefficacité des procédés simples et des moyens mécaniques, on avait usé et abusé de l'ergot. Les nombreux accidents graves qui étaient résultés de cet usage inconsidéré entraînèrent vite la triste renommée de ce produit. Il allait en être de même de l'extrait post-hypophysaire : après l'enthousiasme, peut-être excessif, il est vrai, du début, ce fut la *méfiance* et la *critique*. Au fond, ce n'était pas une mauvaise chose, mais il ne fallait rien exagérer, l'extrait de lobe postérieur avait lui aussi ses contre-indications. Heureusement que ses partisans convaincus continuaient à déclarer avec POULIOT qu'il ne se produisait de désastres que lorsque les médecins ignoraient les conditions indispensables de l'emploi de ce médicament.

Lorsqu'on se mit à utiliser les préparations de lobe postérieur en obstétrique, il y avait une dizaine d'années que l'étude physiologique de cette glande avait été commencée par SCHAEFER et OLIVIER : exactement en 1895. RENON et DELILLE continuèrent en 1906. La même année, DALE en entreprenait l'étude en Angleterre. Puis ce furent FRANKL, FROECHLICH et HOCHWART en 1910. Tous montrèrent que les extraits post-hypophysaires provoquent la contraction des fibres musculaires lisses et agissent spécialement sur l'utérus.

En septembre 1911, HOFBAUER publia de brillants résultats obtenus chez 66 parturientes après avoir employé le premier en obstétrique la pituitrine de PARKE et DAVIS lancée en 1908.

En 1912, dans les archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie, HAUCH et MEYER, de Copenhague, déclarent que la nouvelle médication est plus efficace contre l'insuffisance secondaire que contre l'inertie primordiale, et ne peut pas du tout servir à provoquer l'accouchement. La même année, le Docteur HEILBRONNER, de Mayence, conseille l'injection hypophysaire principalement au moment de l'expulsion, dans tous les cas où l'accouchement doit être hâté, à condition bien entendu que le bassin soit bien conformé et la position de l'enfant normale. Peu à peu, on acquit des précisions relatives à l'emploi et aux contre-indications de l'extrait. Cependant, l'école de Nancy avec PARISOT et SPIRE n'obtenait que des

résultats médiocres que l'on mettait sur le compte de la forme pharmaceutique employée.

Les injections d'extrait de lobe postérieur furent faites en sous-cutanée pour la plupart, puis en intramusculaire et en intra-veineuse. Pour la première fois, en 1913, HERZBERG injecta ce produit dans le muscle utérin, à travers la paroi abdominale, et a trouvé cette méthode d'une efficacité parfaite, dans les cas de grande atonie utérine, là où l'ergotine habituellement employée n'a donné aucun résultat. Ce procédé fut préconisé pour la première fois en France par le professeur BRINDEAU (1). Malgré les bons résultats obtenus, cette pratique ne s'est pas beaucoup répandue, puisqu'on lit dans le « British médical journal » du 29 juin 1935, ce passage de RAWSON : « Ce procédé n'est généralement pas connu ; du moins, je n'en ai aucune mention dans les livres. » Nous publions dans cet ouvrage 13 cas d'injection d'extrait post-hypophysaire directement dans le muscle utérin, nous ayant donné d'excellents résultats, sauf pour un cas où l'atonie a également résisté à l'ergotine.

Terminons ce bref exposé en rappelant une phase importante de l'histoire des préparations de lobe postérieur, nous voulons parler du dosage biologique de l'activité des préparations post-hypophysaires. Des résultats différents ayant été obtenus avec diver-

(1) STRULOVICI : *Thèse*, Paris, 1936.

ses préparations en usage, la société des nations réglementa le dosage dans une conférence de Genève, à la suite du rapport du professeur DALE. Un standard facilement utilisable y fut adopté. L'unité type correspond à 0 mgr. 5 de poudre standard.

INTRODUCTION

L'extrait post-hypophysaire est un médicament très actif, donc dangereux, qu'il faut manier prudemment. A l'occasion d'une communication de M. RIVIÈRE suivie d'une discussion à laquelle prirent part MM. ANDERODIAS, BALARD, FAUGÈRE et Maurice RIVIÈRE, la société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux émit le vœu suivant dans sa séance du 8 mars 1921 : « La société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, préoccupée des dangers que l'emploi inconsideré comme ocytocique, des extraits hypophysaires injectables, dont l'action est encore assez mal établie, peut faire courir à la mère et à l'enfant, émet le vœu que l'usage de ce médicament soit réservé aux médecins, et que les sages-femmes ne puissent pas en obtenir des pharmaciens sur simple demande de leur part. » Cette motion transmise à la société d'obstétrique et de gynécologie de Paris a fait l'objet d'un rapport très documenté du professeur LE LORIER, aboutissant à la conclusion :

« L'hypophyse est un médicament dangereux à ne pas délivrer sans ordonnance médicale ; les mêmes réserves étant faites pour les sages-femmes. »

En 1925, le professeur COUVELAIRE déclarait : « Je

n'ai jamais eu recours à ces extraits ni dans ma pratique privée, ni dans mon service, dans le but d'agir sur la contractilité utérine. »

M. PIERRA trouve excessif le qualificatif de « médicament dangereux ». Il ne l'est en effet que si on l'emploie à tort et à travers, sans tenir compte du *mode d'emploi*, de la *posologie*, ni surtout des *contre-indications*. Nous allons donc tout d'abord examiner ces trois facteurs que l'on ne devra pas perdre de vue.

Nous nous sommes presque toujours servis des extraits post-hypophysaires Choay en solution injectable. Tous les modes d'injection ont été utilisés : sous-cutanée, intra-musculaire, intra-veineuse et dans le muscle utérin lui-même. Nous avons, le plus souvent, usé de la préparation n° 2 qui se présente en ampoules de 1 cc. correspondant à 5 unités internationales. Exceptionnellement du n° 4 où 1 cc. correspond à 10 U. I. Pour les injections intra-veineuses : le n° 5 où 10 cc. correspondent à 5 U. I.; ou bien le n° 2 dilué. L'injection intra-veineuse étant faite très lentement. L'administration intra-musculaire donne une action plus rapide, plus brutale qu'en sous-cutanée. La voie I. V. peut provoquer des accidents généraux (bourdonnements d'oreilles, vertiges, sensation d'angoisse) mais tout s'arrange assez vite. Les américains HOFBAUER et HAERNER ont préconisé l'administration par voie nasale, à l'aide d'un tampon imbibé d'extrait et appliqué sur la muqueuse du deuxième

cornet ; cette méthode ne s'est pas répandue en France.

POULIOT recommande d'utiliser une seringue refroidie, d'éviter les traces d'alcool sur la peau et dans la seringue : chaleur et alcool altèrent le principe actif de l'hypophyse.

Pour ce qui est de la posologie, nous sommes partisans des petites doses au cours du travail, de façon à tâter la susceptibilité utérine, quitte à refaire une injection quelque temps après, si la première n'a pas donné satisfaction. En 1922, dans la « Gazette des Hôpitaux », DELESTRE conseillait d'attendre une demi-heure avant de pratiquer une seconde piqûre lorsque l'effet de la première a été nul. Il est sur ce point en désaccord avec POULIOT qui, dans sa première édition réclame un intervalle de 3 heures, et 2 heures seulement dans sa deuxième édition, par crainte des effets cumulatifs. En effet, AUDEBERT cite le cas d'un accouchement en avalanche avec éclatement de l'orifice vulvaire après deux injections de 1 cc. d'hypophysine pratiquées à une heure d'intervalle, chez une femme dont l'utérus s'était montré particulièrement inerte pendant presque une journée. Mais AUDEBERT ajoute : « J'ai bien souvent pratiqué deux injections à une heure d'intervalle et quelquefois moins, et je n'ai constaté qu'une fois de tels phénomènes de suractivité. » Nous n'en resterons pas moins très prudents pour éviter le renouvellement de tels phénomènes.

Disons maintenant quelques mots au sujet des contre-indications. Elles sont de plusieurs ordres : *utérines, pelvienne, maternelles et fœtales.*

Lorsqu'il y a cicatrice utérine, en particulier à la suite de césariennes antérieures, il vaut mieux s'abstenir. Lorsque le col est rigide, on pourra tout au plus faire des doses prudentes et on exercera une surveillance attentive.

Malgré quelques bons résultats, trouvés dans la littérature, d'injection alors que la tête est au-dessus du détroit supérieur, il est bon d'être très prudent. De même lorsqu'il y a disproportion exagérée entre le bassin et la tête de l'enfant.

Les contre-indications maternelles sont : les cardiopathies, les affections aortiques, l'artério-sclérose. Dans les cas de nervosisme et d'hystérie, il est bon de n'utiliser que la voie sous-cutanée, et prudemment. On a également fait une contre-indication de l'albuminurie prononcée et permanente.

En ce qui concerne le fœtus, il faut, en cas d'urgence, préférer les moyens chirurgicaux ou mécaniques pour sauver l'enfant qui donne des signes de souffrance graves pendant le travail ou pendant l'expulsion.

Les observations que nous rapportons ont été recueillies dans le service de notre maître M. le D^r DEVRAIGNE à la maternité de l'hôpital Lariboisière. Nous avons pratiqué les recherches sur les cinq dernières années, c'est-à-dire que nous avons parcouru un peu plus de 15.000 comptes rendus d'accouchements, et avons relevé 192 observations. Nous n'en

publions qu'une partie en prenant les plus intéressantes, sans hésiter à faire paraître quelques cas malheureux, nous proposant surtout de publier des observations qui, dans chaque chapitre, ont été l'objet d'une technique différente d'injection de l'extrait post-hypophysaire. Ainsi, nous ne présentons que 51 observations nous permettant la discussion des différents cas. La conclusion à laquelle nous arrivons ne se déduit pas seulement de ce petit nombre d'accouchements. Nous insistons sur le fait que nous avons entrepris ce travail sans idée préconçue ; il ne faudrait donc pas nous accuser de ne parler que des observations susceptibles de servir cette idée. D'autre part, il est bien évident qu'une statistique pour être rigoureusement exacte ne devra pas s'appuyer uniquement sur cette publication, mais sur un total de 40 pour les injections faites pendant le travail et 151 pour les hémorragies de la délivrance. Nous n'avons qu'un seul cas d'injection faite aussitôt après la sortie de l'enfant. Soit au total 192 observations.

Ceci étant mis au point, il nous reste, avant d'entrer de plein pied dans le sujet, à exposer le plan que nous allons suivre pour étudier l'action de l'extrait post-hypophysaire sur la délivrance. Nous avons divisé ce travail en quatre chapitres, dans lesquels nous verrons successivement l'action de l'extrait post-hypophysaire injecté :

1° Au cours de l'accouchement :

a) *Pendant la période de dilatation,*

b) *Pendant la période d'expulsion.*

2° Pour hâter la délivrance.

3° Pour hémorragie utérine précédant la délivrance.

4° Pour hémorragie utérine après la délivrance.

INJECTION D'EXTRAIT POST-HYPOPHYSAIRE AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

L'extrait de lobe postérieur d'hypophyse est un myokinétique et c'est sur l'utérus en travail qu'il manifeste le mieux son action. Celle-ci est rapide, c'est, en général, moins de 5 minutes après l'injection intra-musculaire d'une dose thérapeutique que les effets se font sentir. Les contractions augmentent d'intensité et de fréquence, avec intervalles plus rapprochés. Mais cet extrait a un avantage sur l'ergot, celui de permettre la détente musculaire dans les cas normaux, tandis que l'ergot tétanise la fibre utérine. Sous l'action de l'hypophyse, les contractions gardent le type physiologique avec leur période d'acmé et de déclin, si intenses, si rapprochées et si longues que soient ces contractions. L'étude de cette action par FABRE au moyen de l'hystérogaphie externe est concluante. Encore plus démonstratives sont les courbes obtenues par NAGY, RUBRAMEN, SIGURET, BOURNE et BURN, au moyen de l'hystérogaphie interne. La grande variation de la sensibilité de l'utérus à l'extrait

et la grande efficacité des doses minimales est ainsi nettement mise en évidence. Or, nous le répétons ici, nous sommes partisans de l'injection de petites doses au cours du travail et de la répétition de ces doses le cas échéant, si l'effet désiré n'a pas été obtenu.

Les nouvelles injections étant faites une heure et même une demi-heure après la précédente. Il ne faut pas croire pour cela que nous sommes amenés à faire une série d'injections. Bien souvent, une demi-ampoule soit 2 à 3 unités internationales, suffit pour faire reprendre les contractions ; sinon, une deuxième constitue une dose en général suffisante. Nous avons fait maintes fois aussi directement cinq unités en sous-cutanée sans avoir été amené à renouveler l'injection. Mais il est des utérus véritablement réfractaires à toute médication, sans que l'on puisse s'en expliquer jusqu'alors le pourquoi : témoin l'observation XLIX, à propos des hémorragies après la délivrance. Il ne s'agit là évidemment que de cas exceptionnels ; mais l'extrait de lobe postérieur n'a pas été seul impuissant puisqu'une piqûre sous-cutanée d'ergotine a été elle aussi sans résultat. Dans la grande majorité des cas, cinq unités en sous-cutanée suffisent ; et à plus forte raison lorsque l'injection est faite en intra-musculaire, en intra-veineuse ou dans le muscle utérin.

Deux lois corroborées par les faits cliniques indiquent les conditions de sensibilité de l'utérus aux extraits post-hypophysaires. Celle de DALES : *l'extrait pituitaire agit en rendant la fibre utérine sensible à*

ses excitants : normaux comme le sympathique ou anormaux comme par exemple un ballon. C'est pour cela qu'il n'a aucun effet pendant la gestation où les excitations physiologiques ne sont pas en jeu. L'extrait de lobe postérieur détermine une élévation du tonus utérin.

La seconde loi est celle de MAGALHAES : *les très grandes variations d'efficacité*, observées dans l'emploi de l'extrait hypophysaire, *sont en rapport avec les variations du tonus* chez le sujet au moment de l'expérience.

Lorsque, après s'être bien assuré qu'il n'y a pas de contre-indications, on injecte la post-hypophyse pour lenteur ou arrêt du travail, on agit non seulement sur l'utérus en le stimulant pour mener à bien l'expulsion du fœtus, mais encore, et c'est sur ce point que nous allons insister, l'effet se poursuit après la sortie de l'enfant. Loin de nous la pensée de vouloir réaliser des accouchements dans un minimum de temps record. Nous n'intervenons que lorsque la dilatation étant entre cinq francs et petite paume, cette dilatation ne se poursuit que très lentement parce que l'utérus ne se contracte que faiblement, ou bien reste stationnaire par suite d'une inertie totale. Nous citons cependant les succès de WODON : 6 sur 6 et de POULIOT, 7 sur 7, obtenus en injectant une première fois deux unités, puis cinq unités à une demi-heure d'intervalle. Nous ne discuterons pas la question de *l'accouchement médicalement dirigé*, préconisé par KREIS de Strasbourg, VORON et PIGEAUD de Lyon. Cette

méthode consiste à rompre systématiquement les membranes dès le début du travail et à alterner les injections post-hypophysaires et de spasmalgine, ces dernières pour faire disparaître les spasmes fréquents surtout localisés au col. Ce qui fixera notre attention, c'est la prolongation de l'effet de la post-hypophyse après l'accouchement. Il importe toutefois que le temps qui s'écoulera entre le moment de l'injection et l'expulsion du fœtus ne soit pas trop considérable, sinon l'action du médicament est épuisée. Aussi aurons-nous d'autant plus de chance d'assister à la persistance de l'action de l'extrait, que nous aurons fait l'injection plus tard au cours du travail, et en particulier comme le recommande mon maître le docteur DEVRAIGNE : à la période d'expulsion. Et il écrit : « L'utérus se rétracte bien après la sortie de l'enfant, préparant le premier temps de la délivrance : les contractions surviennent rapidement, le placenta se décolle bien et tombe de lui-même, laissant après sa sortie le globe de sûreté rêvé. »

Les dix observations qui vont suivre ont été prises parmi celles où l'injection a été faite *pendant la période de dilatation*. Nous avons encore 14 autres observations de ce genre dont nous donnons les numéros ci-après. Toutes ont été faites en sous-cutanée.

En 1933 : n°s 1280, 1938, 1952. En 1934 : n°s 548, 948, 1306 *bis*, 1353 et G. P. 30 oct. En 1935, n°s 195, 412, 526. En 1936 : n°s 931, 2271 et 3056.

Nous remarquerons en passant qu'un bon nombre d'applications de forceps a été évité. En 1924, CATHALA posait cette question : « n'est-il pas préférable d'exécuter une application de forceps que l'on dirige comme l'on veut ? ». A quoi nous répondons que nous n'avons eu qu'à nous féliciter de l'usage de la post-hypophyse. Il est évident qu'elle ne peut pas toujours remplacer le forceps et que d'autre part, de fortes doses peuvent avoir une action extrêmement violente et redoutable ; aussi, nous conseillons l'emploi des doses faibles avec les réserves que nous avons faites, en gardant le forceps pour des cas spéciaux, car il est parfois assez traumatisant et prédispose à l'infection. C'est aussi l'avis de REEB qui écrit : « L'hypophyse appliquée en toute connaissance de cause, en pesant bien les indications et les contre-indications, peut remplacer avantageusement le forceps à la fin de la période d'expulsion et prévenir les hémorragies de la délivrance ».

Mais, puisque nous envisageons maintenant la période de dilatation, citons ce passage de la thèse de M. Th. CHOQUART : « L'hypophyse employée dans les premiers stades de la dilatation et continuée jusqu'à la fin de l'accouchement, raccourcit notablement le temps total du travail ; d'autre part, l'anesthésie générale nous semble indispensable pour freiner l'action qui pourrait devenir hypertonique de l'hypophyse. » Pour nous, cette action n'est pas *indispensable* ; mais comme nous nous méfions toujours d'une réaction brutale possible, nous sommes d'avis de

donner parfois une anesthésie légère au chloroforme. Mon maître le D^r DEVRAIGNE donne, dans ces cas, immédiatement après l'injection, du chloroforme à la reine : « C'est un excellent adjuvant, même pour éviter les déchirures périnéales, en chargeant un peu le chloroforme à ce moment pour produire ce que les américains appellent justement : l'accouchement dans le brouillard ».

Injection d'hypophyse pendant la période de dilatation

OBS. I. — N° 1355. B. L., 29 ans. Bassin P. S. P. atteint à bout de doigt, faux promontoire. Dernières règles le 29 octobre. Antécédents : 1 avortement de 3 semaines, 1 accouchement naturel à terme enfant vivant, en traitement syphilitique depuis 2 mois. Début du travail le 18 juillet 1933, à 5 h. 30. Présentation en O.I.D.P. Rupture spontanée précoce des membranes. Dégagement en O.P. Accouchement le 20 juillet 1933, à 1 h. 15. Durée du travail 43 h. 45. Accouchement prématuré au terme de 8 mois 1/2 environ. A 23 h. 20 absence de contraction utérine. 1 ampoule de thymophysine S.C. A 1 h. 15, le 20 : expulsion d'une fille vivante : 2.850 gr. Délivrance naturelle, membranes déchirées, paraissant complète : 520 gr., cordon 60 cm., périnée intact.

OBS. II. — N° 1791. M. S., 30 ans. Bassin normal. Antécédents : 1 accouchement naturel à terme, garçon : 4.700 gr. vivant, bien portant. B.W. négatif. Deuxième

acc.: hospitalisée le 11 août pour hydramnios. Traitement syphilitique depuis son admission. Dernières règles le 31 décembre. Début du travail le 21 septembre 1933, à 10 heures. Présentation en O.I.D.T. Rupture artificielle tempestive des membranes. Dégagement en O.P. Accouchement le 21 septembre 1933, à 18 heures. Durée du travail 8 heures. Accouchement naturel à terme chez une femme présentant un hydramnios progressif. Rupture artificielle des membranes à grande paume, on recueille 8 litres de liquide. Utérus ayant tendance à l'inertie. 1 cc. hypophyse S. C. Expulsion rapide d'une fille criant très faiblement, présentant un abdomen très développé, ascite. Poids 3.800 gr. Aspect cyanosé sans amélioration, malgré insufflations, bains chauds et froids, frictions. Délivrance complète, 920 gr.. Enfant décédé 1 h. 30 après l'accouchement. Liquide séro-sanglant de toutes les séreuses. Congestion marquée des viscères, du foie, des reins. Surrénales volumineuses. Grosse hémorragie méningée, poumons atelectasiés flottants, foie 220 gr., rate 19 gr.

OBS. III. — N° 1797. P. M., 46 ans. VII geste. IV pare. Antécédents : 3 grossesses naturelles, 3 enfants vivants, 3 avortements. Bassin normal. Dernières règles du 15 au 20 décembre. Hydramnios. Début du travail le 29 septembre 1933, à 0 h. 30. Présentation en O.I.G.A. Rupture spontanée prématurée des membranes. Dégagement en O.P. Accouchement le 22 septembre 1933, à 12 h. 10. Durée du travail 12 h. Accouchement naturel à terme chez une femme présentant de l'hydramnios. Arrivée à l'hôpital, poche des eaux rompue depuis 4 h. et liquide très teinté. Bruits du cœur mal perçus. A 11 h. 30 : piqure d'hypophyse. S.C. à petite paume. A 12 h. 10 : expulsion d'un garçon, né en état de mort apparente. forme bleue, ranimé après une demi-heure de soins. Désobstruc-

tion des voies respiratoires, frictions alcoolisées, bains sinapisés. Piqûres de lobéline. Malgré tous les soins, l'enfant présente un état peu satisfaisant, il gémit mais ne peut arriver à crier. A 14 h. nouveau bain sinapisé : amélioration. Délivrance naturelle complète : 600 gr.

OBS. IV. — N° 1032. S. L., 26 ans. I geste. Dernières règles le 1^{er} août. Début du travail le 14 mai 1934, à 21 h. Présentation en O.I.D.P. Rupture spontanée précoce de la poche des eaux. Dégagement en O.P. Accouchement le 16 mai 1934, à 17 h. Durée du travail 44 heures, 1 cc. d'hypophyse S.C. à dilatation petite paume. Périnée 2 catguts, épisiotomie 2 cm., col 2 catguts. Anesthésie au chloroforme. Application de forceps Tarnier sur sommet en O.I.D.P. à la partie inférieure de l'excavation, après incision de la lèvre antérieure du col, œdématisé, pour arrêt de la dilatation avec liquide teinté. Bruits du cœur : bons. Extraction d'une fille vivante : 3.600 gr. criant après désobstruction des voies aériennes. Délivrance naturelle complète : 700 gr.

OBS. V. — N° 20. V. A., 32 ans. II geste. I pare. Dernières règles le 20 mars. 1 avortement de 2 mois en 1933. Début du travail le 2 janvier, à 7 h. Présentation en O.I.D.P. Rupture spontanée des membranes. Dégagement en O.P. Accouchement le 3 janvier 1935, à 13 h. Durée du travail 30 h. A. 1 h. le 2 : rupture spontanée de la poche des eaux, à 6 h., œdème du col, T. 39° (1), liquide teinté et fétide. Hypophyse 1 cc. S.C., chloroforme à la reine. A. 12 h. 50, T. 40°. Application de forceps Tarnier, sur sommet mal fléchi, orienté en O.I.D.P. à la partie haute de l'excavation. Episiotomie droite. Rotation et dégagement en O.P. Extraction d'une fille vivante : 3.430 gr. Délivrance naturelle complète : 560 gr., pyoformine I.V., sérum physiologique 350 cc., T. 38°5, après l'accou-

chemennit. Cordon 35 cm. (1). 1 piqûre de spasmalgine, à 11 h. incision des lèvres antérieures et postérieures du col, T. 39°1.

OBS. VI. — N° 49. A. A., 43 ans. VI pare. 5 accouchements naturels. 4 enfants bien portants, 1 décédé à 15 mois de diphtérie. Bassin normal. Dernières règles le 15 mars. Début du travail le 6 janvier, à 18 h. Présentation en O.I.G.A. Dilatation 5 fr. à l'entrée, 1 cc. thymophysine S.C. pour inertie utérine. Rupture spontanée précoce des membranes. Dégagement en O.P. Accouchement le 7 janvier 1935, à 1 h. 45. Durée du travail 7 h. 45. Cordon 55 cm. Périnée intact. Accouchement naturel à terme. Expulsion d'une fille vivante : 4.810 gr. Délivrance naturelle complète : 770 gr. T. 38° avant l'accouchement, liquide amniotique teinté et fétide.

OBS. VII. — N° 2577. M. O., 25 ans. I pare. Bassin normal. Dernières règles le 22 février. Grossesse gémellaire bivitelline. Début du travail le 20 octobre 1935 à 10 h. 45. Accouchement gémellaire à terme. A 11 h. 30 : incision de la lèvre antérieure du col, une demi-ampoule d'hypophyse S.C. A 16 h. 20 : application de forceps Tarnier sur sommet en O.I.G.A. profondément engagé pour lenteur du travail, la dilatation étant complète. Extraction du premier jumeau, fille vivante : 2.845 gr. 20 minutes après rupture artificielle des membranes du deuxième œuf, le fœtus se présente par la tête. A 16 h. 55, accouchement naturel du deuxième jumeau, garçon vivant : 2.930 gr. 25 minutes après, délivrance naturelle : 1.050 gr. 2 gâteaux placentaires complètement séparés, le premier étalé n'a pas de petit côté, le deuxième a des membranes complètes. Entre l'accouchement et la délivrance la femme a perdu de nombreux caillots. On lui fait 500 cc. de

sérum physiologique. Insertion marginale du cordon du premier gâteau placentaire.

OBS. VIII. — N° 907. P. M., 36 ans. IV pare. Bassin normal. 3 enfants bien portants, accouchements naturels, mais hémorragie à chaque fois. Début du travail le 8 avril 1936, à 11 h. 30. Présentation en O.I.G.A. Rupture spontanée tempestive des membranes. Accouchement le 8 avril 1936, à 21 h. Durée du travail 9 h. 30. Accouchement naturel à terme. Extraction d'un garçon vivant : 3.380 gr. Délivrance naturelle complète : 500 gr. 1/2 d'hypophyse S.C. pendant le travail.

OBS. IX. — N° 1693. S. Y., 23 ans. I pare. Bassin normal. Dernières règles le 13 septembre. Grossesse normale. Début du travail le 27 juin 1936 à 21 h., siège décomplété mode des fesses. Rupture spontanée précoce des membranes. Accouchement le 29 juin 1936 à 19 h. 55. Durée du travail 46 h. 55. Le 29 juin 1936, à 10 h., 1 cc. d'hypophyse S.C., la dilatation reste à 5 fr. A 12 h. 30, le 29 juin, pose d'un ballon de Champetier de Ribes, expulsion à 18 h. Bruits du cœur rapides. Sous anesthésie au chloroforme, grande extraction de siège après incision de la lèvre antérieure du col. Abaissement des pieds, abaissement des deux bras relevés. Mauriceau difficile. Extraction d'une fille vivante : 3.620 gr. Délivrance artificielle pour hémorragie : 580 gr., glace Rubiazol.

OBS. X. — N° 342. P. L., 45 ans. IX pare. 7 accouchements naturels à terme, dont 2 par forceps, 1 symphyséotomie. 6 enfants bien portants, 2 morts-nés. Bassin normal. Dernières règles le 8 mai. Grossesse normale. Début du travail le 5 février 1937, à 15 h., siège décomplété mode des fesses. Rupture artificielle précoce des membranes. Accouchement le 7 février 1937, à 22 h. 30. Durée

du travail 55 h. 30. Grande extraction de siège dystocique, sous anesthésie au chloroforme, chez une multipare au terme de 8 mois 1/2 environ. Accouchement provoqué. Le 5 février, à 12 h., pose d'un ballon de Champetier de Ribes, enlevé à 17 h. Le 7 février, à 1 h. 30, rupture des membranes à petite paume, liquide teinté. Le 7 février, à 10 h., on trouve un siège décomplété mode des fesses qui ne s'engage pas malgré de bonnes contractions utérines, entretenues par de petites doses d'hypophyse S.C. et au travail de 12 h. Le 7 février 1937, à 22 h., altération des bruits du cœur, fatigue maternelle, T. 39°3 Grande extraction de siège. Abaissement facile des deux pieds. Abaissement des bras. Manœuvre de Champetier de Ribes facile, descente de l'excavation difficile. Mauriceau difficile. Extraction d'un garçon né en état de mort apparente, ranimé après 5 minutes de soins : 3.630 gr. Délivrance artificielle : 800 gr., sous anesthésie au chloroforme pour hémorragie. Injection d'hypophyse S. C. Inertie utérine persistante. Pouls 128. L'hémorragie ne cède qu'à 1 cc. d'hypophyse dans le muscle utérin. 10 cc. d'huile camphrée, 500 cc. sérum salé 8 ‰, glace, Rubiazol.

Pour ce qui est des observations que nous venons de publier, nous remarquerons que nous avons toujours eu une délivrance naturelle et complète, sauf dans deux cas :

Celui de l'observation IX ; mais il est à remarquer que l'injection d'hypophyse avait été faite à dilatation 5 francs et était restée sans effet ; il a fallu poser un ballon de CHAMPETIER. Il s'agissait d'un siège décomplété, ce qui explique la lenteur de la dilatation. Enfin, l'accouchement n'a eu lieu que 10 heures après la piqûre d'extrait. Il n'y a donc rien

d'étonnant que l'on soit obligé de faire une délivrance artificielle dans un tel cas, l'inertie utérine survenant après un travail de 46 heures et l'action de l'hypophyse ayant cessé.

Dans l'observation suivante, il s'agit encore d'un siège décomplété : On avait obtenu la persistance de bonnes contractions utérines, grâce à de petites doses d'hypophyse en sous-cutanée. Mais le travail traînait en longueur puisqu'il a duré 55 heures, et l'inertie utérine s'installait, menaçante, puisqu'une injection sous-cutanée d'hypophyse était restée inopérante et qu'il a fallu 1 cc. injecté directement dans le muscle utérin. Nous ne savons pas exactement combien de temps avant l'extraction la dernière injection d'extrait a été pratiquée. Mais il est probable qu'ici encore il s'est écoulé trop longtemps et que l'extrait avait cessé d'agir.

Parmi les observations non publiées, nous avons deux autres cas où la délivrance artificielle a été faite. En 1936, n° 2271. Il s'agissait encore d'un siège, mais cette fois d'un siège complet. Les contractions ayant disparu à dilatation 5 fr., on avait injecté 1 cc. de thymophysine. Les contractions aussitôt réveillées, la dilatation se poursuit, mais on doit inciser la lèvre antérieure du col. On pratique l'extraction du siège et la délivrance artificielle aussitôt.

Remarquons que parmi les cas, déjà peu nombreux comme nous le verrons, qui ne nous ont pas donné entière satisfaction, nous avons 3 sièges dont 2 décomplétés. La dilatation se fait mal, comme cela se pro-

duit déjà dans l'accouchement normal, le travail traîne en longueur et, l'hypophyse n'agissant plus après l'extraction, l'utérus reste atonique. Il ne semble donc pas prudent de donner de la post-hypophyse au cours de la dilatation dans l'accouchement par le siège.

Enfin, le n° 1952 en 1933 relate une application de forceps, pour inertie utérine malgré une injection de thymophysine S. C., sur sommet en G. P. à la partie haute de l'excavation. Le travail a duré 47 heures et la femme est très fatiguée. Une délivrance artificielle est immédiatement pratiquée. Il est des cas comme on le voit où on n'insiste pas ; ici, on n'a pas voulu infliger le travail de l'expulsion à une femme déjà très fatiguée et, devant l'inertie utérine, on a préféré extraire immédiatement le placenta. Faut-il dire que nous avons vraiment eu un échec complet, je ne le crois pas ; car, si nous n'avions pas eu une occipito-postérieure avec tête mal fléchie et par cela même une femme exténuée par longueur du travail, nous aurions très probablement obtenu satisfaction d'une deuxième injection.

Dans le n° 548 en 1934, on a fait 1 cc. S. C. d'hypophyse à dilatation 5 fr. et la dilatation s'est complétée en 1 heure. Mais il y eut procidence du cordon et réduction impossible. Les bruits du cœur fœtal étant devenus irréguliers, on a immédiatement pratiqué une application de forceps. La délivrance est survenue peu après, naturelle et complète. LAFFONT dans le « Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynéco-

logie » de 1922 écrivait : « On ne devrait jamais faire une injection d'extrait hypophysaire sans avoir pris la précaution de préparer son forceps. » C'est peut-être beaucoup dire, mais il n'est pas douteux que c'est une bonne précaution. Il est en effet des cas où il faut y avoir recours sans hésiter : lorsque la vie du fœtus est en danger, lorsque la tête est mal fléchie et lorsqu'on veut éviter à la femme une fatigue plus longue. Nous en avons fait et nous n'hésitons pas à le dire ; on ne peut pas demander l'impossible à la post-hypophyse. Nous venons de citer deux cas ; nous en avons encore fait dans les observations IV, V et VII. Mais nous avons toujours obtenu une délivrance naturelle et complète peu de temps après l'extraction.

Si dans l'observation II nous avons perdu l'enfant, il ne faut pas oublier qu'elle était syphilitique. Dans l'observation III l'enfant est né en état de mort apparente et a pu être ranimé. Faut-il incriminer la violence des contractions déchainées par l'hypophyse ? c'est possible, on a même parfois rendu l'extrait responsable de la mort du fœtus ; cela n'a rien d'impossible non plus. Mais il semble bien que s'il s'agit d'inertie vraie, si l'utérus n'est pas déjà hypertonique, en état de contracture au moment de l'injection, si la dose injectée ne dépasse pas celle que nous avons indiquée, et si l'enfant ne présente pas déjà des signes de souffrance au moment de l'injection, de tels accidents sont rares. Pour ce qui est de l'inertie pendant la période de dilatation, les Allemands la divisent en primitive et secondaire. La première est

l'inertie du début du travail : ces femmes n'ont pour ainsi dire pas de douleurs. La deuxième est caractérisée par l'arrêt du travail chez une femme qui a eu de bonnes contractions et qui les sent s'espacer et diminuer d'intensité. Tout le monde est d'accord pour admettre que l'extrait post-hypophysaire est bien plus actif dans l'inertie secondaire que dans la primitive. D'une façon générale, nous voyons que l'injection de post-hypophyse pendant la période de dilatation nous a donné de bons résultats, non seulement pour achever la dilatation et accélérer l'expulsion, mais encore en ce qui concerne la délivrance qui survient peu de temps après l'accouchement, qui est complète et sans perte importante de sang. Enfin, l'utérus encore sous l'action de l'extrait revient bien sur lui-même et l'on constate bientôt avec satisfaction le globe de sûreté de PINARD.

Il nous reste à examiner les cas où l'extrait a été administré pendant la période d'expulsion. Nous publions ici 7 observations sur 16, et nous donnons ci-après les numéros des observations non présentées : En 1932, n° 147. En 1933, n° 1281. En 1934, n° 252, M. le 25-IV. En 1935 : S. L. le 18 mai. En 1936, n°s 2238, 2329, 3133, 2553.

Pendant cette période, les conditions sont encore meilleures que pendant la dilatation. Il s'agit toujours là d'inertie secondaire, et d'autre part, l'excitabilité de l'utérus est devenue extrême. Aussi HARRISON dans : « Archives of int. medecine », 25 septem-

bre 1913 a écrit : « à cette période du travail, le coefficient des insuccès de l'extrait post-hypophysaire est inférieur à 1 % » (en ce qui concerne l'accouchement). Mais celui-ci étant vite terminé, l'utérus encore sous l'effet de l'hypophyse expulse rapidement l'arrière-faix. A ce propos POULIOT écrit : « Tout dépend du temps qui s'est écoulé entre la dernière injection d'hypophyse et la délivrance. Quand ce temps dépasse 1 h. 30 à 2 heures, l'influence de l'extrait pituitaire ne se fait plus sentir. Elle est au contraire bienfaisante quand l'injection a été faite à la fin de la dilatation ou pendant la période d'expulsion, de préférence moins de 3/4 d'heure avant l'accouchement. »

BRETÉGNIER signale un autre avantage de l'injection pratiquée immédiatement après dilatation du col : celui de pouvoir réaliser sans risque de rupture, un curettage pour rétention placentaire post-abortum, pour métrite hémorragique, pour polype, etc..., puisque la tonicité des parois utérines est rétablie. FLEURENT insiste sur le même point dans « Strasbourg Médical ».

Injection d'hypophyse pour lenteur de l'expulsion

OBS. XI. — N° 165. V. R., 24 ans. I geste. Bassin normal. Dernières règles le 1^{er} mai. Accouchement gémellaire. Début du travail le 23 janvier 1934, à 6 h. Présentation céphalique. Rupture des membranes artificielle

tempestive. Accouchement le 24 janvier 1934, à 14 h. Durée du travail 32 h. Accouchement gémellaire au terme de 8 mois 1/2 environ, gémellité bivitelline. Premier jumeau: accouchement fait en ville le 23 janvier 1934, à 21 heures. Extraction d'un garçon : 2.000 gr. Inertie utérine, hypophyse 2 ampoules S.C. Deuxième jumeau : accouchement le 24 janvier 1934, à 14 h. Extraction d'un garçon vivant : 2.570 gr. Délivrance naturelle complète: 800 gr. Examen du placenta : une masse placentaire, cloison : 2 amnios, et 2 chorions.

OBS. XII. — N° 1112. F. M., 38 ans. II geste. Bassin normal. Dernières règles le 15 août. 1 accouchement normal à terme en 1923, enfant bien portant. Gémellité non diagnostiquée. Accouchement gémellaire à terme, gémellité bivitelline. Début du travail le 26 mai 1934, à 1 h. Présentation céphalique. Rupture artificielle tempestive des membranes. Accouchement le 26 mai 1934 à 17 h. 15. Durée du travail 16 h. 15. Première jumelle vivante : 3.200 gr. Présentation en O.I.D.P. Dégagement en O.P., inertie utérine, 2 ampoules de thymophysine S.C. Deuxième jumeau : ranimé après 20 minutes de soins : 2.800 gr. Présentation en O.I.D.P. Dégagement en O.S. Délivrance naturelle paraissant complète, membranes déchirées : 960 gr. Délivrance : 2 masses placentaires distinctes. Cordon normal, périnée intact.

OBS. XIII. — N° 829. V. R., 19 ans. I pare. Bassin normal. Dernières règles le 30 avril. Début du travail le 30 mars 1936 à minuit. Présentation en O.I.G.A. Rupture spontanée prématurée des membranes. Dégagement en O.P. Accouchement le 31 mars 1936, à 22 h. 05. Durée du travail 22 h. Accouchement naturel à terme chez une femme ayant fait au moment de l'expulsion de l'inertie utérine, liquide teinté de méconium. Bruits du cœur bons.

Hypophyse S.C. Extraction d'une fille vivante : 3.550 gr. 30 minutes après, délivrance naturelle complète : 630 gr. Hémorragie abondante, compression de l'aorte, massage du fond utérin, qui reste gros et mou. hypophyse S.C. Mise en déclive, huile camphrée, caféine, adrénaline, sérum artificiel. Pouls 120. 2 heures après : bon état général. Pouls 96.

OBS. XIV. — N° 1224. C. M., 27 ans. IV . Bassin normal. 1 accouchement naturel, enfant bien portant, 1 accouchement au forceps, procidence du cordon, enfant mort. 1 avortement de 3 mois, curettage. Pneumothorax pendant 5 ans, plus de B.K. depuis 1925. Dernières règles le 18 juillet. Grossesse gémellaire bivitelline. Début du travail le 11 mai 1936, à 8 h. Première présentation en S.I. G.A. Rupture artificielle tempestive des membranes. Accouchement le 12 juin 1936, à 1 h. 10. Deuxième présentation en O.I.G.A. Accouchement à 1 h. 45. Durée du travail 17 h. 45. Premier fœtus siège complet, inertie utérine, 1/2 d'hypophyse S.C. Extraction facile d'un garçon vivant : 2.720 gr. Rupture de la deuxième poche des eaux. Deuxième fœtus : présentation en sommet en O.P., inertie utérine, 1/2 d'hypophyse S.C. Extraction d'une fille vivante : 2.940 gr. Délivrance artificielle pour hémorragie, inertie utérine, hypophyse dans le muscle utérin et I.V., ergotine, compression de l'aorte, massage utérin, tamponnement utéro-vaginal. Sérum artificiel I.V. Transfusion sanguine, 400 cc.

OBS. XV. — N° 2801. B. G., 28 ans. III pare. Bassin normal. Accouchement gémellaire, fille et garçon bien portants, 1 accouchement naturel, enfant décédé de méningite à 13 mois. Dernières règles le 17 février. Début du travail le 15 novembre, à 10 h. Présentation en O.I.G.A. Rupture tempestive large des membranes. A 24 h., 1/2 cc.

d'hypophyse S.C. Dégagement en O.P. Accouchement le 16 novembre 1936, à 0 h. 40. Durée du travail 14 h. 40. Accouchement naturel à terme. Extraction d'un garçon vivant : 3.550 gr. Délivrance naturelle complète : 500 gr. Pour placenta praevia latéral.

OBS. XVI. — N° 833. — T. M., 25 ans. I pare. Dernières règles le 7 juin. Début du travail le 1^{er} avril 1937, à 23 heures. Rupture artificielle des membranes. Accouchement le 2 avril 1937, à 19 h. Durée du travail 20 h. Accouchement naturel à terme. Extraction d'une fille vivante : 3.520 gr. Délivrance naturelle complète : 610 gr. Hypophyse intra-utérine 1 cc. avant l'expulsion.

OBS. XVII. — N° 125. M. R., 42 ans. III pare. 2 accouchements naturels suivis d'hémorragie, enfants bien portants. Bassin normal. Dernières règles du 13 au 17 avril. Début du travail le 14 à 2 h. Présentation en O.I.D.P. Dilatation complète, injection de 1/2 cc. d'hypophyse S.C. Accouchement le 14 janvier 1936, à 9 h. 15, après 7 h. 15 de travail. Accouchement naturel à terme; expulsion d'une fille vivante : 3.730 gr. Délivrance naturelle et complète : 565 gr.

Il se trouve que sur sept observations publiées, nous présentons 3 jumeaux. Il est naturel que l'on s'attende à trouver des jumeaux dans ce chapitre, car souvent il se produit de l'inertie après la sortie du premier enfant, et nous l'avons combattue par des injections d'extrait hypophysaire. Dans les 7 observations citées, nous avons eu 6 délivrances naturelles et complètes. Pour l'accouchement relaté dans l'observation XIV et qui est une jumeau, il a fallu

pratiquer une délivrance artificielle, l'inertie utérine s'étant produite à trois reprises. Citons en passant l'observation XIII : 1 cc. d'hypophyse triomphe une première fois de l'inertie utérine qui se produit au moment de l'expulsion ; mais après la délivrance qui est naturelle et complète, l'action de l'extrait ayant vraisemblablement cessé, une hémorragie abondante se produit. Il faut alors à nouveau 1 cc. d'extrait en sous-cutanée. Mais ces cas sont rares. Aussi, on peut se demander quelle importance aurait pris l'hémorragie si on n'avait pas fait la première injection. Cette question ne se pose pas lorsqu'il s'agit d'une injection faite au cours de la période de dilatation, surtout s'il s'agit d'une dose forte et l'utérus n'étant pas vraiment atonique. Car alors, l'organe s'épuise en contractions et entre quelque temps après dans une phase d'inertie d'où il peut être difficile de le sortir. Aussi ne manquerons-nous pas d'insister avec VIGNES sur la notion du tonus utérin. Dans la physiologie obstétricale normale et pathologique, il écrit : « Quand la femme, après un travail long, est épuisée par manque de sommeil, alors que les contractions sont faibles, espacées et inopérantes, elle bénéficiera de l'extrait hypophysaire. Celle qui est fatiguée par des douleurs rapprochées, pénibles et sans grand effet se trouvera bien au contraire d'une injection de morphine. » Après une accalmie de quelques heures, on pourra injecter avec profit l'extrait post-hypophysaire.

Parmi les observations dont nous n'avons fait que

enter les numéros, nous avons eu 7 délivrances naturelles et complètes. Pour le numéro 1231, il a été fait une délivrance artificielle pour adhérences anormales du placenta. Cette éventualité ne doit pas entrer en ligne de compte. Il est bien évident qu'un placenta, que l'on ne peut retirer que par morceaux au cours d'une révision utérine et dont il faut peut-être ensuite retirer encore certains débris à la curette, ne peut sortir sous l'action de l'hypophyse. Quant à l'observation 3133 pour laquelle on a dû faire une application de forceps après échec de 1 cc. de post-hypophyse en sous-cutanée au moment de l'expulsion, elle restera un des rares cas où l'hypophyse n'a eu aucune action, sans que l'on puisse s'en expliquer les raisons. Naturellement une hémorragie cependant légère a suivi l'application de forceps. Mais à ce moment une nouvelle injection sous-cutanée d'extrait a suffi pour tout arranger.

Donc, d'une manière générale, les préparations de post-hypophyse injectées à la phase d'expulsion pour lenteur de cette période, triomphent de l'inertie utérine. L'accouchement se fait normalement, sans brusquerie pourvu que la dose injectée n'ait pas été trop considérable. Enfin, l'action se poursuit après la sortie de l'enfant, le placenta est bientôt expulsé et les hémorragies sont rares. Nous n'en signalons que 3 sur 16 cas ; et il ne faut pas perdre de vue qu'ils étaient pour la plupart voués à l'hémorragie du fait même de l'inertie utérine.

Le D^r SCOTT (1) d'Evanston en Illinois, employa l'extrait de lobe postérieur dans 1.000 accouchements. Il est d'avis que ce remède rend moins longue la période de l'accouchement, moins abondante l'hémorragie de la délivrance, moins fréquente les hémorragies du post-partum et qu'il diminue le nombre des rétentions placentaires. Dans ces 1.000 accouchements, il a employé systématiquement une piqûre intra-musculaire de 5 unités, au début du troisième stade du travail.

Il est préférable, chez la primipare de ne faire l'injection qu'à la fin de la dilatation ; chez les multipares on peut la faire dès que la dilatation est commencée. Si des obstacles s'opposent à la dilatation du col, il y a là une contre-indication absolue, l'extrait pouvant exagérer les contractions et engendrer une rupture ou une contracture de l'utérus.

Plusieurs auteurs ont affirmé que les contractions, provoquées par l'extrait donné pendant l'accouchement, se continuaient avec une intensité suffisante pendant la période de la délivrance pour favoriser cette dernière. Ainsi, STERN conclut à une délivrance spontanée, rapide et sans perte considérable de sang. FABRE et RHENTER ont eu 6 délivrances normales et 3 artificielles sur 9 accouchements, pendant lesquels ils ont fait de la post-hypophyse. SIGURET constate que la délivrance s'effectue toujours assez rapidement.

On a accusé l'injection d'extrait de produire des

(1) *Monde médical*, 1928, p. 359.

décollements prématurés du placenta. Nous n'en avons pas observé et BUREAU n'a relevé que deux cas de ce genre dans la littérature médicale. On a parlé aussi *d'enchâtonnement*, il n'y en a aucun cas dans nos observations. Quant à la *réten tion des membra nes*, nous n'en avons observé que quelques rares cas, il s'agissait de rétentions partielles qui n'ont jamais donné lieu à des suites fâcheuses.

Nous attribuons ces succès au fait que nous nous efforçons de n'administrer que de petites doses et que nous n'intervenons que judicieusement.

LAURENTIE signale un cas d'accouchement particulièrement compliqué par plusieurs injections d'hypophysine (3 fois 1 cc.) chez une primipare de 34 ans. Le médecin qui avait pratiqué ces injections l'appela à son aide. A n'en pas douter, il s'agissait d'une véritable tétanisation utérine et, malgré une anesthésie complète et une injection de morphine, le relâchement utérin n'étant qu'incomplet et le forceps ayant échoué, il fallut terminer par une basiotripsie. Mais avec de petites doses en S. C. ou en I. M. Dans les derniers temps de l'expulsion et lorsqu'il y a atonie, l'extrait post-hypophysaire n'entraîne pas de telles réactions et constitue un excellent moyen permettant d'éviter les hémorragies de la délivrance.

Nous terminerons par cette phrase de RISS :
« Essayer sans raison de hâter ou de terminer le travail par des drogues ou des manœuvres intempestives, vouloir faire mieux que la nature au lieu de

l'aider seulement, sont des choses condamnables et quelquefois criminelles. »

Après avoir conclu qu'il y a intérêt à pratiquer l'injection de post-hypophyse pendant le travail et plus encore pendant la période d'expulsion pour avoir une action certaine sur la délivrance, nous allons maintenant examiner ce qui se passe après l'accouchement lorsqu'il se produit une hémorragie. L'extrait post-hypophysaire peut-il nous être utile dans ce cas, et de quelle façon devons-nous l'utiliser ?

Nous considérerons deux cas :

1° L'hémorragie se produit avant la délivrance.

2° L'hémorragie se produit après la délivrance.

Avant ou après, l'hémorragie constitue une complication grave de l'accouchement, complication redoutée à juste titre de l'accoucheur. Il n'y a rien de plus alarmant que la vue d'une femme qui jusque là était pleine de forces, et qui peu à peu pâlit et s'éteint, tandis que le sang s'écoule à flot par le vagin dès que l'on presse le fond utérin. Tous les moyens sont mis en œuvre et l'hémorragie continue. On se demande alors avec angoisse quel va être le dénouement. En désespoir de cause, on fait une hystérectomie ; mais on n'est pas toujours dans les conditions requises pour pouvoir opérer.

Le pronostic de l'accouchement dépend en grande partie de la délivrance.

II

INJECTION D'EXTRAIT POST-HYPOPHYSAIRE POUR HATER LA DELIVRANCE

Nous n'avons trouvé qu'un seul cas d'injection d'extrait de lobe postérieur pour agir sur la délivrance. Nous en donnons le compte rendu ci-après. L'injection de 1 cc. d'hypophyse en sous-cutanée aussitôt après la sortie de l'enfant eut une action heureuse. Mais il est préférable de s'abstenir si l'on veut éviter les ennuis de la possibilité de rétention placentaire.

OBS. XVIII. — N° 660. C. L., 23 ans. I pare. Bassin normal, grossesse normale; dernières règles le 3 juin. Début du travail le 13, à 20 h. Présentation en O.I.D.P. Rupture spontanée tempestive des membranes. Dégagement en O.P. Accouchement le 14 mars 1937, à 10 h. Durée du travail 14 h. Application de forceps Tarnier sous anesthésie au chloroforme, pour modification des bruits du cœur, lenteur de la période d'expulsion et fatigue maternelle. Poids 88. Extraction d'une fille vivante : 3.520 gr. Injection sous-cutanée de 1 cc. d'hypophyse aussitôt après la sortie de l'enfant. Injection rapidement suivie d'une délivrance naturelle et complète de 650 gr.

Mais cette méthode n'est pas dans nos habitudes puisque, nous le répétons, nous n'avons trouvé que ce cas sur environ 15.000 accouchements que nous avons parcourus. Malgré ce beau résultat, nous continuons à considérer cette pratique comme dangereuse et nous conseillons la prudence. Certains auteurs l'utilisent et en sont satisfaits. WODON fait des réserves à cet égard.

En 1910, AARON administrait entre l'accouchement et la délivrance une dose d'extrait qui, après avoir produit l'expulsion facile et rapide des annexes fœtales assurait l'hémostase utérine.

En 1912, FISCHER confirmait ces résultats.

RUBSAMEN et VOGT emploient l'hypophyse après l'accouchement, soit immédiatement après la sortie de l'enfant chez les multipares sujettes à l'inertie utérine, soit au bout de 45 minutes en cas d'inertie, et ils obtiennent des délivrances rapides et sans accident. Mais ils recommandent de toucher préalablement la parturiente pour s'assurer que le col n'est pas rétracté.

Pour SCHRODER, l'injection prophylactique de post-hypophyse dans la période de la délivrance n'est pas sans danger. « Elle est en plus inutile car l'action rapide de la post-hypophyse nous permet d'attendre le moment où l'injection serait indiquée. On ferait alors 1 cc. I. V. »

BUBEN se sert uniquement d'injection I. V. d'hypophyse, en même temps qu'il fait la compression trans-abdominale de l'utérus. « Pour raccourcir la période

de la délivrance anormalement allongée, nous donnons exclusivement des préparations hypophysaires par voie I. V. et exerçons sur l'utérus contracté une pression assez forte, en même temps par la pression abdominale et la manœuvre de CREDET ».

P. SCHUMACHER cite les bons résultats que lui ont donnés les injections de 1 cc. d'orasthin I.V. immédiatement après la naissance. Il obtient en quelques secondes une contraction énergique de l'utérus durant plusieurs minutes. Pendant ce temps, le placenta se décolle et la plupart du temps, sans hémorragie appréciable. Le placenta sort alors facilement par pression sur le fond utérin. Il ne cite que deux échecs : dans le premier cas, le placenta ne s'est pas décollé ; dans le deuxième cas, l'inertie a persisté après décollement et élimination du placenta.

Pour BELLIARD : l'extrait post-hypophysaire employé pendant la délivrance ne donne pas de résultat. « Il faut pratiquer l'injection avant l'expulsion de l'enfant et alors la délivrance est en général rapide et exangue. »

RYDER a obtenu de bons résultats par injection hypodermique de pituitrine. Mlle CHNEERSON dans sa thèse cite cinq cas où l'injection d'hypophyse a été faite dans le but de hâter la délivrance : 3 fois, il a fallu faire une délivrance artificielle. BUREAU cite dans sa thèse 3 cas d'emploi de la post-hypophyse à la dose de 1 cc. dans des cas de retard de la délivrance par atonie sans hémorragie. Trois fois il a dû intervenir et la délivrance artificielle fut rendue très diffi-

cile par suite de la rétraction très prononcée de l'anneau de Bandl ou par enchâtonnement dans une corne. En 1914, FOURNIER déclarait : « dans les statistiques on ne signale pas de rétraction de l'anneau de Bandl ». VIGNES cite deux échecs dans son traité de physiologie obstétricale. Nous voyons donc que malgré quelques bons résultats, cette méthode offre encore beaucoup d'incertitude et de risques.

Nous allons exposer maintenant ce que nous avons l'habitude de faire, avec quelques observations à l'appui, dans les cas où l'hémorragie se produit avant la délivrance. Ici encore nous n'en publions qu'un petit nombre : 12 observations sur 76.

III

INJECTION D'EXTRAIT POST-HYPOPHYSAIRE POUR HÉMORRAGIE UTERINE PRECEDANT LA DELIVRANCE

Nous avons groupé les observations suivantes en réunissant celles pour lesquelles on a fait une injection sous-cutanée, ou bien I. V. ou directement dans le muscle utérin. Par un effet du hasard, nous n'avons pas trouvé de cas où il a été fait une injection I. M. Il aurait été difficile de juger de l'efficacité de ces différentes techniques si l'on n'avait obtenu d'aussi beaux résultats, car les injections I. V. et dans le muscle utérin ont été faites pour remédier aux situations les plus graves. Quoi qu'il en soit, il apparaît nettement que l'extrait post-hypophysaire s'est montré très efficace.

Mais, comme nous l'avons dit précédemment, nous ne faisons pas l'injection pour provoquer la délivrance. Si l'hémorragie se produit après la sortie de l'enfant, on fait une délivrance artificielle, et, suivant que l'on juge l'inertie utérine plus ou moins

importante, on injecte dans le muscle utérin à travers la paroi abdominale, en I. V., en I. M. ou en S. C.

Signalons en passant que HELLER a préconisé l'administration d'extrait par injection intra-musculaire dans la partie intra-vaginale du col utérin. « L'action obtenue est rapide, immédiate et intensive ».

Il est curieux de remarquer que sur un total de 151 observations, d'hémorragies de la délivrance que nous avons relevées, nous avons à une près, autant d'hémorragies avant qu'après. Soit : 76 avant et 75 après.

a) Post-hypophyse injectée en sous-cutanée

OBS. XIX. — N° 2287. R. M., 34 ans. III pare. Bassin normal. Deux accouchements naturels à terme, 1 enfant bien portant, 1 ayant eu des convulsions. Dernières règles le 28 octobre. Début du travail le 16 septembre, à 7 h. Présentation en O.I.G.A. Rupture spontanée précoce des membranes. Accouchement le 17 septembre 1935, à 2 h. Durée du travail 19 h. Accouchement naturel à terme. Extraction d'une fille vivante : 3.570 gr. 1 heure après l'accouchement, délivrance artificielle : 520 gr. pour hémorragie et non décollement du placenta. Injection de la solution de Tarnier. Pouls rapide. Malade agitée. Transfusion : 350 cc. Hypophyse S.C. Huile camphrée. Caféine. L'hémorragie cesse.

OBS. XX. — N° 665. — B. M., 30 ans. I pare. Dernières règles du 12 au 15 mai. Début du travail le 11 à 10 h.

Présentation en O.I.G.A. Rupture spontanée prématurée le 11 à 13 h. Accouchement le 13 mars 1936, à 12 h. Durée du travail 50 h. Forceps Tarnier à la vulve pour lenteur de la période d'expulsion et altération des bruits du cœur. Extraction d'une fille : 2.800 gr., née en état de mort apparente (forme syncopale), ranimée après 10 minutes de soins (désobstruction, bains, frictions, plus lobéline I.M.). Délivrance artificielle pour hémorragie 35 minutes après l'accouchement. Pouls 120. Etat de choc. Caféine, huile camphrée, spartéine, hypophyse S.C. Arrêt de l'hémorragie.

OBS. XXI. — N° 2437. H. L., 25 ans. I pare. Bassin normal. Dernières règles le 12 décembre. Début du travail le 25 septembre, à 9 h. Siège décomplété mode des fesses. Rupture spontanée tempestive. Accouchement le 25 septembre 1936, à 17 h. 15. Durée du travail 8 h. 15. Siège décomplété mode des fesses au terme de 8 mois environ, Mauriceau facile. Extraction d'une fille vivante : 2.470 gr. 1 heure après sous anesthésie au chloroforme : délivrance artificielle pour hémorragie et enchâtonnement du placenta dans la corne utérine droite. Injection intra-utérine iodo-iodurée : 1 cc. d'hypophyse S.C., 10 cc. huile camphrée. Arrêt de l'hémorragie. Poids du placenta : 350 gr.

OBS. XXII. — Le 7 février 1937. H. A., 21 ans. I pare. Bassin normal. Dernières règles le 14 juillet. Début du travail le 7 février, à 4 h. Présentation en O.I.D.P. Rupture spontanée précoce des membranes. Accouchement le 7 février 1937, à 15 h. 30. Dégagement en O.P. Durée du travail 11 h. 30. Accouchement gémellaire bivitellin bi-amniotique prématuré au terme de 6 mois 1/2 environ. Rupture de la première poche des eaux le 7 février 1937, à 15 h. 30. Accouchement du premier jumeau masculin :

1.230 gr. 10 minutes après, rupture artificielle de la deuxième poche des eaux. A 15 h. 45, accouchement du deuxième jumeau. Extraction d'une fille : 1.100 gr. 1 heure après, sous anesthésie au chloroforme, délivrance artificielle pour hémorragie et décollement partiel du placenta enchâtonné en partie dans la corne utérine gauche : 550 grammes. Deuxième placenta distinct, 4 membranes à la cloison. Hypophyse 1 cc. S.C. 250 cc. sérum physiologique. L'hémorragie cesse. Glace, Rubiazol.

OBS. XXIII. — N° 934. W. H., 18 ans. I pare. Bassin normal. Dernières règles 29 juillet. Début du travail le 13 avril 1937, à 2 h. Durée du travail 36 h. Accouchement gémellaire. Premier jumeau : Présentation en O.I.G.A. Rupture spontanée tempestive des membranes. Dégagement en O.P. Accouchement à 14 h. 15. Extraction d'une fille vivante : 2.250 gr. Deuxième jumeau : Présentation en S.I.G.A. Rupture artificielle des membranes. Dégagement en S.T. Accouchement à 15 h. 45. Extraction d'une fille vivante : 2.770 gr. Trois quarts d'heure après : délivrance artificielle, pour non décollement et hémorragie. On retire 2 masses placentaires pesant ensemble 750 gr. (grossesse bivitelline). 20 cc. huile camphrée, 500 sérum artificiel, 1 cc. hypophyse S.C., l'hémorragie s'arrête peu après. Glace, Rubiazol.

b) Post-hypophyse en IV

OBS. XXIV. — N° 1044. G. M., 32 ans. I pare. Bassin normal. Début du travail le 26 avril 1935, à 19 h. Première présentation en O.I.G.A. Rupture artificielle tempestive de la poche des eaux. Deuxième présentation, sommet en O.I.G.P. Accouchement le 28 avril 1935, à 15 h. 15 et à

16 h. Durée du travail 45 h. Accouchement gémellaire unitelline au terme de 8 mois 1/2 environ. Extraction d'un premier jumeau du sexe masculin vivant : 2.620 gr. en O.I.G.A. Forceps Tarnier sur deuxième jumeau à la partie haute de l'excavation. Anesthésie au chloroforme. Sommet et en O.I.G.P. Procidence du cordon, d'une main, d'un pied. Extraction d'un garçon vivant : 2.740 gr. Délivrance artificielle immédiate pour hémorragie : 1.090 gr. Hypophyse I. V., fin de l'hémorragie.

OBS. XXV. — N° 1893. L. M. L., 28 ans. I pare. Dernières règles du 26 au 29 septembre. Début du travail le 2 août 1935, à 16 h. Présentation en O.I.G.T. Rupture prématurée des membranes. Accouchement le 4 août 1935, à 9 h. 15. Durée du travail 41 h. 15. Extraction d'un garçon vivant : 4.000 gr. Placenta : 820 gr. A 8 h. 45, basiotripsie sur O.I.G.T. fixée après incision de la lèvre antérieure du col à dilatation petite paume; cleidotomie gauche, extraction du tronc. Périnée déchiré, 4 crins. A 9 h. 25, délivrance artificielle, placenta complet, membranes déchirées. Hémorragie par inertie utérine (pas de rupture utérine). Hypophyse Choay n° 4 : 1/2 ampoule I.V. Ergotine 2 ampoules. Huile camphrée 20 cc. A 9 h. 45, sérum physiologique, 300 cc. I.V. A 10 h. 10, transfusion, 400 cc. A 10 h. 30, choc intense, cyanose généralisée. Pouls 140, frissons; pouls incomptable. Huile camphrée, spartéine : 2 ampoules. Hypophyse I.V. 1/2 ampoule. Boissons chaudes alcoolisées. A 10 h. 45, révision utérine ramenant des membranes. Injection intra-utérine iodée très chaude. Grosse amélioration de l'état général. Deuxième transfusion de 400 cc. à 11 h. 30. A 14 h., l'utérus est en bonne voie de rétraction : pouls 84.

**c) Post-hypophyse injectée directement
dans le muscle utérin**

OBS. XXVI. — N° 3192. C. A., 47 ans. VIII geste. 5 accouchements naturels à terme, 2 avortements à 3 mois. Bassin normal. Début du travail à 16 h. Présentation en O.I.G.A. Rupture spontanée prématurée. Dégagement en O.P. Accouchement le 22 décembre 1935, à 23 h. 30. Durée du travail 11 h. 30. Accouchement prématuré au terme de 8 mois. Extraction d'une fille vivante : 2.350 gr. Une heure après, la délivrance n'étant pas décollée, on fait une délivrance artificielle. Syncope survenant dès le début de l'anesthésie. Pouls incomptable. Respiration artificielle, tractions rythmées de la langue. Carbogène. Huile camphrée 40 cc. Hypophyse dans le muscle utérin, ouabaïne I.V., lobéline. Transfusion sanguine 250 cc. Pouls 100. 4 heures après sérum artificiel 500 cc. Placenta : 450 gr. Fin de l'hémorragie.

OBS. XXVII. — N° 584. D. M., 27 ans. I geste. Dernières règles du 14 au 18 mai. Début du travail le 3 mars 1936, à 12 h. Présentation en O.I.G.A. Rupture spontanée tempestive des membranes. Accouchement le 4 mars 1936 à 4 h. Durée du travail 16 h. A 4 h., accouchement naturel à terme. Extraction d'un garçon vivant : 3.780 gr. A 5 h. 30, délivrance artificielle pour hémorragie suivie de choc et non décollement du placenta. Huile camphrée 20 cc., caféine 2 cc. en deux fois, spartéine, suivie de révision utérine et injection iodo-iodurée. Solution de Tarnier chaude. Hypophyse dans le muscle utérin 1 cc.. A 7 h., transfusion 400 cc. La femme va bien. Pouls 120.

OBS. XXVIII. — N° 273. — L.M., 22 ans. I pare. Bassin normal. Dernières règles le 3 juin. Vomissements pendant

la grossesse. Début du travail le 1^{er} février 1937, à 9 h. Premier jumeau : Présentation en O.I.D.P. Rupture spontanée prématurée de la poche des eaux. Dégagement en O.P. Accouchement le 1^{er} février 1937, à 15 h. 20. Deuxième jumeau : Présentation en O.I.G.A. Rupture artificielle tempestive de la poche des eaux. Dégagement en O.P. Accouchement le 1^{er} février 1937, à 15 h. 45. Durée du travail 6 h. 45. Grossesse bivitelline, biamniotique. Accouchement gémellaire prématuré au terme de 7 mois 1/2 environ. Rupture prématurée de la première poche des eaux. Sous anesthésie au chloroforme . application de forceps Tarnier sur sommet en O.I.D.P. pour modification des bruits du cœur. Extraction du premier jumeau, une fille : 1.950 gr. 20 minutes après, rupture artificielle de la deuxième poche des eaux. Inertie utérine, pas de contraction utérine. Application de forceps Tarnier sur sommet en O.I.G.A. pour modification des bruits du cœur. Extraction du deuxième jumeau du sexe masculin : 2.320 grammes. 10 minutes après : hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle sous anesthésie au chloroforme : 750 gr., 2 masses placentaires distinctes, 4 membranes à la cloison. 1 cc. Hypophyse dans le muscle utérin, fin de l'hémorragie. Glace, Rubiazol.

OBS. XXIX. — N° 342. P. L., 45 ans. IX pare. Bassin normal. 7 accouchements naturels à terme et 2 par forceps. 1 symphyséotomie. 6 enfants bien portants, 2 mort-nés. Dernières règles le 8 mai. Grossesse normale. Début du travail le 5 février, à 15 h. Siège décomplété mode des fesses. Rupture artificielle précoce. Accouchement le 7 février 1937, à 22 h. 30. Durée du travail 55 h. 30. Grande extraction de siège dystocique sous anesthésie au chloroforme chez une multiplaire au terme de 8 mois 1/2 environ. Accouchement provoqué le 5 février, à 12 h., pose

d'un ballon de Champetier de Ribes enlevé à 17 h. Le 7 février, 1 h. 30, rupture artificielle des membranes à dilatation petite paume. Liquide teinté. Le 7 février, à 10 h., on trouve un siège décomplété mode des fesses qui ne s'engage pas malgré de bonnes contractions utérines entretenues par de petites doses d'hypophyse S.C. et un travail de 12 heures. Le 7 février 1937, à 22 h., altération des bruits du cœur. Fatigue maternelle, T. 39°3. Grande extraction de siège, abaissement facile des deux pieds. Abaissement des bras, manœuvre de Champetier de Ribes facile, descente dans l'excavation difficile. Mauriceau difficile. Extraction d'un garçon né en état de mort apparent, ranimé après 5 minutes de soins : 3.630 gr. Délivrance artificielle sous anesthésie au chloroforme pour hémorragie : 800 gr. Injection d'hypophyse S. C. Inertie utérine persistante. Pouls 128. L'hémorragie ne cède qu'à 1 cc. hypophyse dans le muscle utérin, 10 cc. huile camphrée, 500 cc. sérum salé 8 ‰. Glace. Rubiazol. A 1 h., reprise de l'hémorragie. Utérus à l'ombilic. Signes d'anémie extrême, pouls filant. Revision utérine sans anesthésie, il ne restait rien. Nouvelle injection d'hypophyse dans le muscle utérin. Tamponnement utérin, 800 gr. de sérum glucosé chaud I. V. Transfusion 300 gr. A. 3 h., pouls bien frappé à 108, l'utérus n'est pas très dur, mais l'hémorragie a cessé.

OBS. XXX. — N° 634. — S. M. L., 30 ans. II pare. 1 accouchement à terme, enfant bien portant. Bassin normal. Dernières règles le 20 juin. Début du travail le 11 mars 1937, à 19 h. Première présentation en O.I.G.A. Deuxième présentation en O.I.D.P. Accouchements à 22 h. 35 et 23 h. 15. Durée du travail 4 h. 15. Albumine pendant la grossesse, régime. Accouchement gémellaire près du terme à 22 h. 35. Expulsion d'un enfant du sexe féminin :

2.770 gr., sommet en O.I.G.A. Un quart d'heure après, rupture artificielle de la deuxième poche des eaux, liquide normal, un quart d'heure après : expulsion d'un deuxième enfant du sexe féminin : 3.085 gr., sommet en O.I.D.P. La femme se met à saigner. Inertie utérine. Pouls 120. A 0 h. 30, délivrance artificielle ramenant un placenta bivitellin biamniotique : 1.030 gr. Hypophyse S.C. Huile camphrée, caféine, spartéine, 500 gr. sérum artificiel. Pouls 100. A 0 h. 50, hémorragie légère. Utérus au-dessus de l'ombilic, un peu mou, suintement sanguin. Pouls 132-144. A 1 h. 30, tamponnement utérin, 10 mètres de gaze sans anesthésie. Immédiatement après, à 2 heures, transfusion difficile de 350 gr. Sérum glucosé I.V. Cependant l'hémorragie continuant, à 2 h. 20 détamponnement avec 1 cc. d'hypophyse I.V., mais celle-ci ne produit aucune modification de l'utérus et l'hémorragie continuant, on fait à la femme, à 2 h. 50, une hystérectomie rapide sans anesthésie. A 3 heures, mort de la femme au moment de l'incision de la paroi, massage cardiaque par voie abdominale. Injection intra-cardiaque d'adrénaline, carbogène, oxygène, caféine, huile camphrée.

Le succès n'est pas douteux. En somme, nous avons toujours eu satisfaction, sauf pour l'observation XXX où tout a échoué, entraînant la mort de la femme. Il a été signalé quelques-uns de ces cas de grande inertie utérine dans lesquels l'utérus est insensible à tout et où seule l'hystérectomie faite à temps peut sauver la parturiente. Dans l'observation XXIX, l'hémorragie après avoir cessé sous l'action de 1 cc. de post-hypophyse dans le muscle utérin a repris 1 heure après et a cessé de nouveau après tamponnement et nouvelle injection de 1 cc. dans le muscle utérin.

Nous n'avons pas d'autre observation de ce genre ; chaque fois que l'hémorragie s'est arrêtée, elle ne s'est pas reproduite. Dans tous les autres cas, cette pratique a été rapidement couronnée de succès. Il arrive parfois que 1 cc. en sous-cutanée ne suffit pas ; on n'hésite pas alors à frapper plus fort et l'on injecte soit dans le muscle utérin, soit en intra-veineuse toujours après délivrance artificielle. Les échecs complets sont exceptionnels et encore inexpliqués jusqu'alors. BAGGER, HOFBAUER, STERN, SPAETH, GRUNBAUM, JAEGER ont noté dans un certain nombre de cas une tendance à l'inertie post-partum, et ils ont constaté des pertes plus ou moins considérables. Par contre : FRIES, STUDNY, OPPENHEIMER et VOGT affirment que l'usage de l'extrait pituitaire diminue les risques des hémorragies de la délivrance. Les cas d'inertie sont presque tous consécutifs à *l'emploi précoce* de l'extrait. Mentionnons en passant que l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse a une action sur la coagulation sanguine. Son rôle anti-hémorragique a été décrit par M. PERRIN, de la Faculté de Médecine de Nancy, dans le « Paris Médical » du 10 mars 1923. Il écrit notamment : « Le début de cette action coagulatrice semble se produire ordinairement au bout de 1 h. 30. Cette action ne semble pas durer beaucoup plus longtemps que 2 heures. L'action coagulatrice n'a pas été proportionnelle à la dose d'extrait injectée. »

Quoi qu'il en soit, les faits sont là, et, si ce n'était le cas malheureux que nous avons relaté, nous n'aurions

eu que des succès. Nous pouvons néanmoins dire que l'extrait est particulièrement efficace, et nous en conseillons l'emploi dans les cas d'hémorragies se produisant avant la délivrance, après avoir eu soin de procéder à la délivrance artificielle.

IV

INJECTION D'EXTRAIT POST-HYPOPHYSAIRE POUR HÉMORRAGIE UTERINE APRÈS LA DELIVRANCE

Nous allons examiner dans un dernier chapitre l'action de l'extrait pituitaire dans les hémorragies survenant après la délivrance, et nous dirons comment nous concevons son administration. Nous avons encore groupé ici les observations suivant le mode d'injection qui a été pratiqué. Cette fois encore, nous ne faisons paraître qu'une petite partie des observations que nous avons recueillies soit : 21 sur 75.

a) Post-hypophyse injectée en sous-cutanée

OBS. XXXI. — N° 477. N., 25 ans. I geste. Dernières règles 5 juin. Début du travail 11 mars 1933, à 2 h. 30. Présentation en O.I.G.A. Rupture spontanée tempestive des membranes. Accouchement le 12 mars, à 6 h. 30, durée du travail 28 h. Anesthésie au chloroforme. Version podalique pour non engagement de la tête chez une primipare à dilatation complète, membranes rompues depuis 1 heure. Bruits du cœur très modifiés chez une femme ayant un bassin légèrement rétréci. Extraction d'une fille :

3.420 gr., ayant crié après désobstruction des voies respiratoires. Délivrance artificielle : 750 gr., après un quart d'heure. La femme saignant un peu et pouls à 100. Révision utérine immédiate. La femme continuant à saigner un peu, on lui fait une piqûre d'hypophyse sous-cutanée. L'exploration du col avec deux valves ne montre pas de lésions. Une petite déchirure de la région clitoridienne nécessite une double ligature des vaisseaux qui saignent, sérum I.V. Périnée : épisiotomie 2 crins, paroi vaginale trois catguts. Pouls 120.

OBS. XXXII. — N° 497. B. A., 20 ans. I geste. Bassin normal, dernières règles du 20 au 26 mai. Début du travail 14 mars 1933, 18 h. Présentation en O.I.G.A. Rupture artificielle tempestive. Dégagement en O.P. Accouchement 15 mars, 7 h. 35. Durée 13 h. 35. Application de forceps Tarnier sur sommet en O.P. à la partie moyenne de l'excavation pour modification des bruits du cœur et expulsion d'un liquide (purée de pois). Garçon vivant : 3.520 gr. Délivrance artificielle. Placenta face utérine douteuse : 600 gr. La femme saignant, pouls 104. Révision utérine ne ramenant que des caillots. Hypophyse S.C. l'utérus se rétracte et l'hémorragie cesse.

OBS. XXXIII. — N° 3191. B., 37 ans. III pare. Accouchements normaux, enfants vivants. 1 accouchement au forceps, enfant vivant. Bassin normal. Dernières règles le 18 janvier. Début du travail 25 octobre, 21 h. Rupture de la poche des eaux spontanée et tempestive. Accouchement 26 octobre 1934, 10 h. 50. Durée du travail 13 h. 50. Accouchement normal près du terme, d'une fille vivante pesant 2.950 gr. Délivrance naturelle complète pesant 550 gr. Hémorragie de la délivrance d'environ 800 gr. ne cédant pas au massage de l'utérus. Révision utérine à 16 heures ramenant des débris placentaires et des membra-

nes. Tamponnement utéro-vaginal suivi de transfusion sanguine 500 cc. Post-hypophyse S.C. 1 cc.

OBS. XXXIV. — N° 860. V. C., 28 ans. III pare. 2 accouchements naturels à terme, enfants bien portant. Bassin normal. Dernières règles du 12 au 16 juin. Début du travail le 3 avril, à 12 h. 30. Présentation en O.I.D.P. Rupture de la poche des eaux spontanée, précoce. Accouchement le 3 avril 1936, à 19 h. 40. Dégagement en O.P. Durée du travail 7 h. Liquide fortement teinté de méconium. Accouchement naturel près du terme. Extraction d'un garçon vivant : 2.310 gr. Une demi-heure après : délivrance spontanée : 580 gr.. (rétention totale de caduque 1 cotylédon), hémorragie de la délivrance. Inertie utérine. Massage utérin. Huile camphrée 10 cc. Pouls 96. Adrénaline. Position en déclive, compression de l'aorte. La femme continuant à saigner, on lui fait sous anesthésie un écouvillonnage ramenant des débris de caduque. Injection iodo-iodurée de Tarnier. Hypophyse; 500 cc. sérum salé S.C. Pouls 104.

OBS. XXXV. — N° 334. W. M., 33 ans. III geste. II pare. 1 accouchement gémellaire à terme. Premier jumeau décédé à 1 mois. 1 vivant bien portant. Deuxième accouchement naturel à terme, 1 enfant bien portant. Femme saignant après ses accouchements. Règles abondantes. Dernières règles le 15 septembre. Début du travail le 7 février 1937. Avortement au terme de 3 mois 1/2 environ. Premier temps, expulsion d'un fœtus fait en ville le 6 février, à 21 h. 30. Deuxième temps, curage digital sous anesthésie générale au chloroforme. Placenta complet le 7 février à 2 h. La femme faisant une hémorragie après délivrance. Sérum 500 cc. Huile camphrée. Hypophyse S.C.

b) Post-hypophyse injectée en intra-musculaire

OBS. XXXVI. — N° 622. P. P., 18 ans. Bassin normal. Dernières règles du 1^{er} au 3 juin. Hémogénie. Début du travail le 6, à 6 h. Présentation en O.I.G.A. Rupture spontanée tempestive des membranes. Dégagement en O.P. Accouchement le 6 mars 1936 à 21 h. 15. Durée du travail 15 h. 15. Accouchement naturel près du terme. Extraction d'un garçon vivant: 3.000 gr. Délivrance naturelle: 540 gr. L'utérus se rétracte mal. La femme saigne, on la met en déclive, compression de l'aorte, massage du fond utérin. Huile camphrée, spartéine, caféine. Révision utérine pour hémorragie de la délivrance sous anesthésie au chloroforme, ramenant des débris cotylédonnaires très adhérents, suivie d'injection iodo-iodurée de Tarnier. 1 cc. hypophyse I.M. plus 10 cc. huile camphrée. 250 cc. sérum physiologique. Transfusion : 300 cc. Pouls 138. Le 7, à 8 h. 30, T. 36°9. Pouls 120.

OBS. XXXVII. — N° 1318. D. G., 26 ans. I pare. Bassin normal. Dernières règles du 10 au 12 août. Début du travail le 21 mai 1936, à 6 h. Présentation en O.I.G.A. Rupture spontanée tempestive des membranes. Accouchement le 22 mai 1936, à 9 h. 30. Durée du travail 27 h. 30. Forceps Tarnier pour état de choc brusque à 9 h. 20, facies hémorragique. Pouls filant, douleur brutale dans le flanc gauche et modification des bruits du cœur fœtal. Extraction à la vulve d'un garçon né en état de mort apparente, forme asphyxique. Ranimé après un quart d'heure de soins : 3.100 gr. Délivrance naturelle complète : 500 gr., suivie de révision utérine, révélant l'intégrité de la paroi. Hypophyse I.M. 1 cc. Adrénaline buccale. A 11 h. 30 : Pouls filant, pas d'amélioration de l'état général, pas d'hémorragie. 14 h. 30 : Bon état général. Pouls : 120, bien frappé.

OBS. XXXVIII. — N° 1396. M. Y., 22 ans. II pare. Bassin normal; 1 accouchement naturel, enfant bien portant. Dernières règles du 13 au 16 août. Début du travail le 31 mai 1936, à 1 heure. Présentation en O.I.G.A. Rupture artificielle tempestive des membranes. Accouchement le 31 mai 1936, à 3 h. 40. Durée du travail : 2 h. 40. Accouchement naturel à terme. Extraction d'une fille vivante : 3.320 gr. Délivrance normale : 520 gr. Membranes présentant un trou au niveau de leur insertion sur le placenta. Accouchement suivi de révision utérine pour hémorragie de la délivrance, ramenant des débris placentaires. Injection intra-utérine chaude de Tarnier. Huile camphrée éthérée, 10 cc.; spartéine, caféine. Hypophyse I.M. 1 cc.

c) Post-hypophyse injectée en intra-veineuse

OBS. XXXIX. — N° 805. G., 27 ans, I pare. Bassin normal. Dernières règles le 16 juin. Début du travail le 4 avril 1935 à 20 h. Présentation en O.I.G.A. Rupture spontanée tempestive des membranes. Dégagement en O.P. Accouchement le 5 avril 1935 à 10 h. 30. Durée du travail 14 h. 30. Accouchement artificiel à terme. Forceps Tarnier pour lenteur de la période d'expulsion et souffrance fœtale. Extraction d'un garçon vivant : 3.830 gr. Délivrance naturelle complète : 730 gr. Hémorragie de la délivrance. Hypophyse S.C. et I.V., 500 gr. de sérum.

OBS. XL. — N° 1567. L., 27 ans. II pare. Forceps, enfant mort-né. Bassin douteux. Amputée de la jambe gauche à 16 ans (accident). Début du travail le 23 juin 1935. Rupture spontanée précoce. Accouchement le 28 juin 1935, à 1 heure, durée 5 jours. On aurait tenté une ver-

sion par manœuvre externe en ville. A l'admission, le 27 juin 1936, à 20 h. 30 : Bruits du cœur non perçus et la femme ne sent plus remuer depuis le matin du 27 juin. Poche des eaux rompue depuis 15 h., liquide purée de pois. Température : 37°. Dilatation : 5 fr. A dilatation complète, grande extraction d'un siège par non engagement de la présentation ayant tendance à se transversaliser et procidence du bras gauche et du cordon qui ne bat pas. Relèvement des bras qui ne peuvent être abaissés qu'après embryotomie transthoracique. Rétraction sur tête dernière. Cranioclasie. Délivrance artificielle immédiate : 510 gr. Révision utérine montrant l'intégrité utérine. Malformation utérine : Utérus bicorne. Hé-morragie. Hypophyse I.V., huile camphrée, sérum physiologique.

OBS. XLI. — N° 2294. P. C., 25 ans, I pare. Bassin normal. Dernières règles le 17 décembre. Début du travail le 18 septembre 1935, à 3 h. Présentation en O.I.D.P. Rupture spontanée tempestive des membranes. Dégagement en O.P. Accouchement le 18 septembre 1935, à 8 h. 15. Durée du travail : 5 h. 15. Accouchement naturel au terme de 8 mois et demi. Extraction d'une fille : 2.750 gr. Délivrance naturelle incomplète : 450 gr. La femme saigne, on fait une révision utérine qui ramène des débris placentaires. Huile camphrée. Hypophyse IV.

OBS. XLII. — N° 2440. D. C., 25 ans, II pare. 1 accouchement à terme, 1 enfant bien portant. Bassin normal. Dernières règles le 2 janvier, grossesse normale. Début du travail le 26 septembre 1936, à 11 h. Présentation en O.I.D.P. Rupture artificielle tempestive des membranes. Accouchement le 26 septembre 1936, à 12 h. 40. Dégagement en O.P. Durée du travail : 1 h. 40. Accouchement prématuré au terme de 8 mois et demi environ.

Expulsion d'un garçon vivant, 2.780 gr. Délivrance spontanée incomplète : 500 gr., un quart d'heure après l'accouchement. Immédiatement après, la femme se choque et fait une hémorragie assez abondante. Pouls filant. Huile camphrée 20 cc., caféine. Révision utérine ramenant des débris placentaires. Hypophyse I.V. Sérum physiologique : 100 cc. I.V. 1 heure après : pouls 115.

OBS. XLIII. — N° 2923. B. A., 26 ans, III pare. Deux accouchements naturels à terme. Bassin normal. Dernières règles en avril. Hémorragie au septième mois. Début du travail le 1^{er} décembre 1936, à 16 h. Présentation en O.I.G.A. Rupture spontanée précoce des membranes. Accouchement le 2 décembre 1936, à 0 h. 15. Dégagement en O.P. Durée du travail : 8 h. 15. Accouchement naturel à terme. Extraction d'une fille vivante : 3.500 gr. Délivrance artificielle pour grosse hémorragie. Pouls 130. Révision utérine. Iodage de la cavité utérine. Placenta inséré sur le segment inférieur. Sérum adrénaliné. I.V. 350 cc. Hypophyse I.V. Huile camphrée, caféine. Transfusion sanguine, 400 gr. Sérum S.C. 500 gr.

OBS. XLIV. — N° 2992. C. B., 29 ans. II pare. Deux accouchements normaux, enfants vivants. Bassin normal. Début du travail le 27 novembre, à 12 h. 30. Accouchement le 28 novembre 1935, à 4 h. 35. Durée du travail : 16 h. Accouchement gémellaire, grossesse bivitelline. Sortie du premier fœtus en présentation du sommet. Rupture précoce. Extraction d'un garçon vivant : 2.550 gr. Sortie du deuxième fœtus en siège complet. Rupture artificielle tempestive. Extraction d'une fille vivante : 2.620 gr. Mauriceau facile. Délivrance naturelle complète : 940 gr., face utérine douteuse. Sitôt la sortie du placenta, la femme fait une hémorragie; on la met en déclive et, en attendant le transfuseur, on fait une compression de

l'aorte. Hypophyse. I.V. 1/2 cc. Adrénaline buccale. Transfusion 500 cc.

OBS. XLV. — N° 3255. G. M., 22 ans 1/2. II pare. Un accouchement au forceps d'une fille : 3.000 gr., actuellement bien portante. Bassin normal. Dernières règles le 7 mai. Début du travail le 29 décembre 1935, à 2 h. Premier : présentation en O.I.G.A. Rupture spontanée tempestive des membranes. Deuxième : présentation de l'épaule. Rupture artificielle tempestive de la poche des eaux. Accouchement le 30 décembre 1935, à 12 h. 40 et 12 h. 55. Durée du travail : 34 h. 55. Accouchement gémellaire bivitelline au terme de 8 mois 1/2 environ. Premier en sommet en O.I.G.A. Extraction d'une fille vivante : 2.320 gr.; deuxième : présentation de l'épaule, version podalique. Extraction d'un garçon vivant : 2.530 gr. Délivrance naturelle : 760 gr., suivie de révision utérine pour légère hémorragie. Hypophyse I.V.

d) Post-hypophyse injectée dans le muscle utérin

OBS. XLVI. — N° 3152. P. Y., 32 ans, I pare. Bassin normal. Début du travail le 30 décembre 1936, à 8 h. Présentation en O.I.D.P. Rupture spontanée précoce des membranes. Dégagement en O.P. Accouchement le 30 décembre 1936, à 13 h. 5. Durée du travail : 5 h. 5. Application de forceps Tarnier sur sommet et en O.I.D.P., défléchi, pour lenteur d'expulsion et modification des bruits du cœur, rotation et extraction en O.P. d'une fille vivante : 3.150 gr. Syncope de la femme. Respiration artificielle, caféine. Délivrance naturelle complète : 480 gr. Révision utérine pour hémorragie de la délivrance. Huile camphrée, spartéine, sérum artificiel. Hypophyse intra-utérine pour inertie persistante, position en déclive.

OBS. XLVII. — N° 126. H., 34 ans, V pare. Quatre accouchements à terme, 3 enfants bien portants, 1 enfant décédé à 3 mois 1/2. Bassin normal. Dernières règles le 2 avril. Grossesse normale. Début du travail le 15 janvier 1937, à 6 h. Présentation en O.I.G.A. Rupture artificielle tempestive des membranes. Dégagement en O.P. Accouchement le 16 janvier 1937, à 17 h. 15. Durée du travail : 35 h. 15. Accouchement naturel à terme. Extraction d'une fille vivante : 3.600 gr. Délivrance naturelle complète : 540 gr. Deux heures après : pouls 152, hémorragie de la délivrance. Révision utérine ramenant seulement des caillots. Injection iodée. Hypophyse intratérine, sérum 500 cc., caféine, huile camphrée, adrénaline, position en déclive.

OBS. XLVIII. — N° 496. S. A., 41 ans, III pare. Deux accouchements à terme, dont un forceps; enfants bien portants. Bassin normal. Dernières règles du 15 au 20 mai. Début du travail le 25 février 1937, à 5 h. Siège décomplété, mode des fesses. Accouchement le 25 février 1937, à 17 h. Durée du travail : 12 h. Le 25 février, 16 h. 40 : dilatation grande paume, bruits du cœur normaux. Les contractions deviennent presque subintrantes et les bruits du cœur ralentissent. 10 minutes après, sous anesthésie au chloroforme : grande extraction du siège au détroit supérieur. Abaissement des deux pieds, abaissement des bras. Mauriceau facile. Extraction d'un garçon né en état de mort apparente, forme blanche : 3.780 gr. n'ayant pu être ranimé qu'après 35 minutes de soins. Délivrance spontanée complète : 880 gr. 1 heure après, pour hémorragie : révision utérine sous anesthésie, ne ramenant rien. 1 cc. Hypophyse dans le muscle utérin, arrêt de l'hémorragie, huile camphrée étherée, caféine 250 cc., sérum salé 8 ‰, glace, Rubiazol.

OBS. XLIX. — N° 502. C. T., 31 ans, II geste. Une fausse-couche de 4 mois. Bassin normal. Dernières règles du 12 au 16 juillet. Hémorragies peu abondantes aux 5°, 6 et 7° mois, le 25 février 1937, à 22 h., hémorragie peu abondante, mais durant depuis la veille. Au toucher, col dilatable à 2 fr., laissant sentir le placenta. Les hémorragies cessent pour reprendre légèrement le 26 février, à 5 h., moment où la femme expulse quelques caillots. La dilatation a peu progressé : entre 2 et 5 fr. A 5 h. 45, pose d'un ballon de Champetier de Ribes, 150 cc., que l'on retire à 7 h. 30, alors que la dilatation est à grande paume. On fait à la femme 800 cc. de sérum glucosé chaud I.V. Bon état général. Sous anesthésie au chloroforme, la dilatation se complète. Décollement du placenta qui est central, ouverture des membranes. L'enfant se présente par l'épaule. Version par manœuvres internes. Grande extraction de siège d'un garçon mort-né : 1.950 gr. Délivrance artificielle. Révision utérine, 1 cc. hypophyse dans le muscle utérin, 10 cc. huile camphrée, caféine, adrénaline. Bon état général. Pouls cependant accéléré. Le 26 février, à 8 h. 15, l'hémorragie continuant, on fait à nouveau 1 cc. d'hypophyse dans le muscle utérin, ergotine S.C., huile camphrée. Position en déclive, massage utérin, compression de l'aorte, glace. A 9 h. 15, on prévient M. le Dr DEVRAIGNE qui conseille de faire un tamponnement utéro-vaginal, l'hémorragie et l'inertie continuant. Etat général très grave. Signes d'anémie extrême, on refait 800 cc. de sérum glucosé chaud. I.V. et un tamponnement utéro-vaginal sans anesthésie, n'arrêtant pas l'hémorragie. Compression de l'aorte. A 9 h. 15 : transfusion sanguine 400 gr., légère amélioration du pouls. A 10 h. 45 : 2° tamponnement utéro-vaginal, fait par M. DEVRAIGNE sans anesthésie, pendant ce temps, nouvelle injection de 400 cc. de sérum glucosé chaud, I.V., le pouls, redevenu meilleur, s'affaiblit peu

à peu. Etat général extrêmement grave, 1 cc. de pressyl; l'hémorragie continue, compression de l'aorte. On décide de faire une hystérectomie. La femme respire mal, on lui donne 3 ballons d'oxygène. Injection I.V. d'ouabaïne. Injection intra-cardiaque d'adrénaline. Tractions rythmées de la langue, respiration artificielle. La femme meurt le 26 février, à 11 h. 55.

OBS. L. — N° 805. C. M., 30 ans, I pare. Bassin normal. Dernières règles du 20 au 25 juin. Début du travail le 30 mars, à 20 h. Présentation en O.I.D.P. Rupture spontanée tempestive des membranes. Dégagement en O.S. Accouchement le 31 mars 1937, à 13 h. Durée du travail : 17 h. Application de forceps pour modification des bruits du cœur après incision antérieure du col. Extraction difficile en O.S. d'une fille vivante 3.440 gr. Délivrance naturelle complète : 700 gr. Hémorragie abondante arrêtée par une injection d'hypophyse intra-utérine. Suture du col du périnée et du vagin : crins, catgut. Huile camphrée, sérum, glace et Rubiazol.

OBS. LI. — N° 1221. F. G., 34 ans, III pare. Bassin normal. Dernières règles du 26 au 30 juillet. Début du travail le 17 mai, à 4 h. Présentation en O.I.G.A. Dégagement en O.P. Accouchement le 17 mai 1937, à 14 h. 45. Durée du travail : 10 h. 45. Accouchement naturel à terme. Extraction d'une fille vivante : 3.400 gr. Délivrance naturelle : 840 gr. Aussitôt la délivrance, hémorragie. Pouls 120, léger choc. Huile camphrée 20 cc., adrénaline per linguale. Hypophyse 1 cc., sérum 500 cc. Deux heures après la délivrance, la femme saigne encore un peu. Pouls 100-110-130. On fait une révision utérine qui ramène un petit débris placentaire. Pouls 120. Température : 37°5. 1 cc. hypophyse intra-utérine.

Si l'on élimine les cas possibles de déchirures, lorsqu'une hémorragie se produit après la délivrance, il s'agit soit d'*atonie utérine simple*, soit de *réten-tion partielle*. Lorsque le travail a été long et pénible, les contractions utérines d'une grande violence ou encore, quand l'utérus a été surdistendu (gros œuf, hydram-nios, gémellaire ou grossesse multiple), il est fréquent d'observer l'inertie secondaire au moment de la déli-vrance et il est facile de la prévoir. De même, certains médicaments comme le chloroforme et la morphine peuvent favoriser cette inertie utérine. Il est certain que la simple anesthésie à la reine n'introduit pas assez de chloroforme dans l'organisme pour entraî-ner l'inertie.

Dès l'expulsion de l'arrière-faix, il faut l'examiner soigneusement et, dans le doute, faire une *révision utérine* s'il se produit une hémorragie. Si l'on est cer-tain que placenta et membranes sont au complet, on peut en cas d'hémorragie recourir à l'injection d'extrait post-hypophysaire. BOHLER et REILES préco-nisent, après la révision utérine, l'injection intra-veineuse d'hypophysine pour supprimer le tampon-nement intra-utérin dont on a beaucoup abusé.

Leur expérience se base sur 200 cas sans acci-dents.

Nous n'avons eu qu'un seul échec, mais il a entraîné la mort de la femme : il s'agit de l'observation XLIX. Malgré deux injections successives de 1 cc. de post-hypophyse dans le muscle utérin, malgré 1 cc. d'ergo-tine en sous-cutanée et un tamponnement utéro-

vaginal, on n'a pu obtenir l'arrêt de l'hémorragie. C'est le deuxième échec que nous avons observé, et nous avons tenu à le publier. Avec celui de l'observation XXX, il prouve qu'il est des cas où toute thérapeutique est impuissante et nous ne pensons pas que ces cas d'exception puissent nuire à la bonne impression que nous a laissée l'extrait post-hypophysaire. Ces accouchements malheureux nous montrent seulement que certains utérus peuvent présenter une atonie extrême et intraitable, sans doute parce que certaines raisons nous échappent encore. Peut-être s'agit-il comme le signale DORMET dans « Marseille Médical » du 15 juillet 1936, d'après une étude expérimentale, d'une inhibition des contractions utérines sous l'action d'une trop grande quantité de folliculine. Il a en effet remarqué que de petites quantités de folliculine paraissent sensibiliser la fibre musculaire à l'ocytocine, tandis que des doses élevées inhibent les contractions utérines et deviennent antagonistes de la post-hypophyse. Certains auteurs : DEVIN (thèse Lyon), HOFBAUER, font jouer un rôle en quelque sorte inhibitoire à l'âge la parturiente (plus de 30 ans).

SIGWART S. signale les bons résultats qu'il obtient avec des injections I. V. de pituglandol. Depuis qu'il emploie cette méthode, il ne lui arrive plus que rarement d'avoir à faire un tamponnement utérin ou une compression de l'aorte pour hémorragie. CHATILLON déclare également que l'injection I. V. donne des résultats d'une fidélité remarquable : « En injection

I. V., la pituitrine se montre, dans les cas d'inertie utérine après la sortie du placenta, supérieure à toutes les autres préparations destinées à provoquer les contractions utérines utiles. » Jean DEYRIS conclut dans sa thèse : nous nous proposons d'appliquer l'injection I. V. d'hypophyse sans hésiter, chaque fois que nous serons en présence d'une hémorragie rebelle de la délivrance.

Devant le grand nombre d'observations où l'hémorragie a cessé comme par enchantement sous l'effet de l'extrait de lobe postérieur, nous dirons avec VAUDESCAL que « L'extrait post-hypophysaire est incontestablement un des meilleurs hémostatiques utérins que l'accoucheur ait à sa disposition. »

CONCLUSIONS

I. — L'extrait post-hypophysaire est un médicament actif, donc dangereux s'il est mal utilisé.

II. — Employé judicieusement pendant la période de dilatation et mieux encore au début de la période d'expulsion, l'extrait pituitaire abrège la durée du travail, évite un bon nombre d'applications de forceps, hâte la délivrance et en diminue les risques d'hémorragie, que l'œuf ait été surdistendu ou non.

III. — L'injection d'extrait de lobe postérieur aussitôt après l'accouchement peut éviter la délivrance artificielle, d'où moins de chance d'infection chez une femme anémiée. Mais cette méthode offre trop d'incertitude.

IV. — Tout de suite après la délivrance artificielle ou la révision utérine, l'extrait post-hypophysaire assure la persistance du globe de sûreté sans tamponnement.

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT. — Extraits hypophysaires en obstétrique (*Rev. française de Gyn. et Obstétr.* 1922, n° 4).
- BACHMER. F. — Über die manuelle placentallösung und die bedeutung des pituitrins in der Nachgeburtsperiode (*Zentralbl. f. Gynak.* 58 : 268I, 10 nov. 1934).
- BALARD P. — A propos de deux cas d'emploi inconsideré d'extrait hypophysaire au cours de l'accouchement (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1924, p. 680-683).
- BARON H.-A. — Intravenous use of pituitrin in obstetric (*J. obst. et gynaec. brit. Emp.* 42 : 322-326, april 1935).
- BELLIARD Siméon. — Sur l'emploi des extraits de lobe postérieur d'hypophyse en obstétrique (*Thèse de Paris* 1933, Jouve et Cie, édit.).
- BOHLER E. et REILES M. — Suppression du tamponnement utéro-vaginal au profit de la révision utérine, combinée à l'injection intra-veineuse d'hypophyse (*Gyn. et obstétr.* 29; 393-404, mai 1934).
- Application de la révision combinée à l'injection intra-veineuse d'hypophyse au traitement de l'atonie (*Soc. de gynéc. et d'obstétr. de Strasbourg*, séance du 6 mai 1933. In : *Strasbourg médical*, n° 32, 15 nov. 1933).
- La révision combinée à l'injection intra-veineuse d'hypophyse dans le traitement de l'atonie utérine (*Le répertoire médical pratique*, n° 96, juin 1934).

- BOIVIN. — Doit-on employer l'hypophyse en pratique obstétricale ? (*Gazette médic. du Centre*, p. 211 et 575, 1926).
- BRAULT P. — Essai de mise au point de l'emploi actuel de l'hypophyse en obstétrique (*Gazette médicale de France*, n° 15, p. 566, 1-15 août 1932).
- BRETEGNIER R. — Considérations pratiques sur l'emploi de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse au cours de certaines interventions intra-utérines (*Soc. franç. de gyn.*, fév. 1935, in *Rev. fr. de gyn. et obst.* n° 4, 30^e an., avril 1935).
- BRINDEAU A. — L'extrait post-hypophysaire dans la pratique obstétricale courante (*J. de méd. et chir. prat.* 106 : 457-460, 10 juillet 1935).
- BRINDEAU M. — Deux opérations de dystocie par injection d'hypophyse pratiquées par des sages-femmes (*Société d'obstét. et de gynéc. de Paris*, séance du 6 juin 1932).
- BUBEN. — Traitement des hémorragies à la suite de l'accouchement (*Zentralbl. Gynack.*, 5 sept. 1925).
- BUREAU J. — L'action de l'hypophyse sur la délivrance (*Thèse Paris* 1928, Jouve, édit.).
- CATHALA V. — De la valeur des extraits hypophysaires au cours de l'accouchement (*Rev. franç. de Gynéc. et d'obstétr.*, Paris 1924, XIX, 287-289).
- CHATILLON F. — Les extraits hypophysaires dans la pratique obstétricale (*Science Méd. pratique*, 15 juin 1929).
- CHEINESSE. — Les dangers de l'hypophyse en obstétrique (*Presse Méd.*, 8 avril 1922, p. 302).
- CHNEERSON. — De l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse en obstétrique (*Thèse de Paris* 1917-1918).

- CHOQUART M.-Th. — De l'extrait hypophysaire ocytotique et en particulier de l'association de la pituitrine et de l'anesthésie au chlorokéllène au cours de l'accouchement normal (*Thèse de Paris* 1931, éd. Amédée Legrand).
- COUVELAIRE. — *Revue de gynécologie et obstétr.* 1925, p. 282.
- DALEAS P. — Accouchements et avortements provoqués par méthodes médicamenteuses (*Bull. soc. obst. et gyn.* 25 : 189-193, fév. 1936).
- DELISTRE. — De l'emploi de l'hypophyse au cours du travail chez la primipare (*Gaz. des Hôp.*, janvier 1922, p. 69).
- DESNOYERS. — Quelques remarques sur l'emploi de l'extrait du lobe postérieur d'hypophyse en obstétrique (*La puériculture*, 25 déc. 1930, p. 166).
- DEYRIS Jean. — Traitement rapide des hémorragies de la délivrance, par les inj. I. V. de lobe post. d'hypophyse associées à la R. U. (*Thèse Paris* 1935).
- DEVIN. — Recherches cliniques sur l'emploi de l'extrait hypophysaire pendant la grossesse et pendant le travail (*Thèse de Lyon* 1912-1913).
- DEVRAIGNE L. — De l'hormone post-hypophysaire en obstétrique. Les régulations hormonales (*Journées médicales de Paris* 1937, p. 140. Baillière).
- DOER E. — Die Prophylaxie atonischer Nachblütungen durch intravenöse hypophysin Injection (*Zentralbl. f. Gynäk.* 59 : 22-26).
- FLEURENT. — L'injection intra-veineuse d'hypophysine dans la pratique obstétricale (Société méd. de Colmar et du Haut-Rhin 25 nov. 1933. *Strasbourg médical*, n° 2, 15 janv. 1934).
- FOURNIER. — De l'emploi du lobe postérieur d'hypophyse dans le placenta praevia, la délivrance à terme et la rétention placentaire (*Bull. soc. d'obstétr. et de gynéc.*, Paris 1914, II, p. 370).

- GONNET, DAUVERGNE. — De l'inconstance d'action de la méthode médicamenteuse dans l'accouchement provoqué (*Bull. soc. obst. et gynéc.* 25 : 76, janvier 1936).
- HABA. — Conduite à tenir pendant la délivrance (*Arch. de Gyn.*, Berlin, 12 décembre 1925).
- HALLION L. — L'usage de l'extrait rétropituitaire à dose inoffensive comme ocytocique. Sa justification expérimentale (*Rev. de Biol.* 24 : 97-105, April 1931).
- Sur l'emploi de l'extrait rétropituitaire à la dose de deux unités. Concordance réciproque de données cliniques et de données expérimentales (*Rev. prat. de biol.* 24 : 129-136, May 1931).
- HELLER. — L'action de l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse après les injections intra-musculaires dans la portion vaginale du col utérin (*Polska Gazeta Lekarska*, n° 7, 14 février 1932).
- HOLTZ F. — La thymophysine, remède excitant les contractions utérines en cas d'inertie primitive ou secondaire (*Gynécologie*, 29 : 153-160. March. 1930).
- HONEL J.-B. et SCHEBAT L. — A propos de quelques cas de délivrance par injection funiculaire (*L. Algérie Médicale*, mai 1929, n° 17, p. 122).
- JOSEPHSON. — Quelques remarques sur l'usage et les abus de l'hypophyse en obstétrique (*Méd. Ricard*, 7 janvier 1922).
- KREIS J. — Réactions contractiles de l'utérus parturiant après injection d'extraits post-hypophysaires au cours de la période de dilatation (l'hystérogaphie externe) (*C. R. Soc. de Biol.* 120 : 110, 1935).
- LACOMME M. — Sur certaines hémorragies incoercibles de la délivrance (*La Médecine*, n° 5, avril 1935).

- LAURENCE R.-D. et SHACKLE M.-P. — Convulsions caused by pituitary extract after labour (*Brit M. J.* 29-10-27, p. 786).
- LAURENTIE. — Les méfaits de l'extrait hypophysaire en obstétrique ; un cas d'accouchement particulièrement compliqué par plusieurs injections d'hypophysine (*Bull. Soc. d'obst. et de gynéc.*, Paris 1923. XII, 611-613).
- LE LORIN. — Sur l'emploi des extraits hypophysaires par les sages-femmes (*Soc. d'obst. et de gynéc.*, 12 février 1923).
- LE LORIER V. — Mon opinion sur l'emploi des extraits hypophysaires en obstétriques (*Rev. franç. de gynéc. et d'obst.* Paris 1924. XIX, 415-420).
- LE MATTE E. — L'opothérapie du praticien.
- MAHON R. — Recherches sur le mode d'action comparé des extraits hypophysaires et des produits ergotés (*Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.* 25 : 165-173, févr. 1930).
- METZGER. — (*Arch. d'Obst., Paris Méd.*, 1913).
- PASTORE J.-B. — Use of pituitrin intravenöse only in third stage of labour (*Am. J. Obst. et Gyn.* 32, 280-285, août 1936).
- PAUCOT H. — L'emploi des extraits du lobe postérieur de l'hypophyse en obstétrique, ses contre-indications, ses dangers (*L'Echo Médical du Nord*, n° 35, 2 septembre 1934).
- PERES Yves. — L'antagonisme médicamenteux ocytocique spasmodique (*Le Courrier Méd.*, n° 37, sept. 1936).
- PERRIN, HANSS et STEFANOVITCH. — Recherches cliniques sur le rôle anti-hémorragique de l'extrait d'hypophyse (*Paris Médical*, t. XII, n° 10, 10 mars 1923).

- PIERRA. — La place des extraits hypophysaires dans la pratique obstétricale courante (*Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, décembre 1921).
- POTOCKI. — Extraits hypophysaires en obstétrique (*Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc.*, 1922, n° 15).
- POUGET. — (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1922, n° 15).
- POULIOT. — Les extraits hypophysaires en obstétrique (Paris, 1921, 1 vol.).
- Les extraits hypophysaires en thérapeutique obstétricale (*J. de Méd. et de Chir. Prat.* 1921, p. 284).
 - Les extraits hypophysaires en obstétrique et en gynécologie (*Expansion scientifique franç.*, 2^e éd. 1921).
 - Utilisation obstétricale de l'hypophyse (*Revue française de Gyn. et d'Obst.*, mars 1923).
- RAVINA. — Compte rendu à la séance du 1^{er} juillet 1935 de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris (*Presse Méd.*, 10 août 1935).
- REEBS. — Sur l'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique (*Revue franç. de Gynéc. et d'Obst.*, Paris 1924. XIX, 420-429).
- A propos de l'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique (*Strasbourg Méd.*, déce. 1924).
- RISS R. — Note sur l'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique (*Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.* Paris 1924. XIX, 289-292).
- RUBSAMEN. — Klinisch. expérim. Untersuchungen über die Wirksamkeit der Wehenmittel in der Nachgeburts période (*Münchener Wochenschrift*, 1913, LX 627).
- RYDER. — Action de l'hypophyse au début de la délivrance (*Amer. J. of. Obstétr.*, juillet 1921, p. 61).
- SCHEIBEL O. — Action of pitocin During labour (*Hospitaltid* 18 : 106-III, 22 janvier 1935).

- Concerning influence of pitocin on conditions during delivery of placenta (*Acta Obst. et Gyn. Scandinar* 15 : 213-220, 1935).
- SCHRODER H. — Zur Frage der Injektion von Hypophysenpräparaten in der Nachgeburtsperiode (*Zentralbl. f. Gynäk*, 52 : 874-878, 7 April 1928).
- SCHUMACHER P. — Zur Leitung der Nachgeburtsperiode. Prophylaktische Anwendung von Orasthin in der Nachgeburt periode (*Zeitalbl. f. Gynäk*, 56 : 1456-1465, June 11-1932).
- SIGWART S. — Zur Frage der prophylaktischen intravenösen Einspritzung von hypophysenextrakt in der Nachgeburtperiode (*Zent. f. Gyn*, 29 janv. 1927, 280-282).
- STRULOVICI S. — Injection de post-hyp. dans le muscle utérin en cas d'hémorragie de la délivrance (Th. Paris, 1936).
- VAN DE LANOITTE A. — Les extraits hypophysaires en obstétrique (*La gynécologie*, nov. 1932).
- Les extraits post-hypophysaires en obstétrique (*Liège médical*, n° 18, 30 avril 1933).
- VANDISCAL R. — Quand le praticien peut-il employer l'hypophyse en obstétrique ? (*J. de Méd. et Chir. prat.* 102 : 613-617, 10 sept. 1931).
- VOGT. — Pituitrin in Nachgeburts periode (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1911, XXXIX, 2, 401).
- VORON et PIGEAUD. — Lobe post. d'hypophyse en obstétrique (*Gyn. et obst.*, août 1934). (Analyse in *Rev. prat. de biol. appliquée à la clinique et à la thérapeutique*, n° II, nov. 1934).
- WATRIN. — Hypophyse au cours de la gestation (*Revue médicale de l'Est*, 1^{er} mai 1922).

